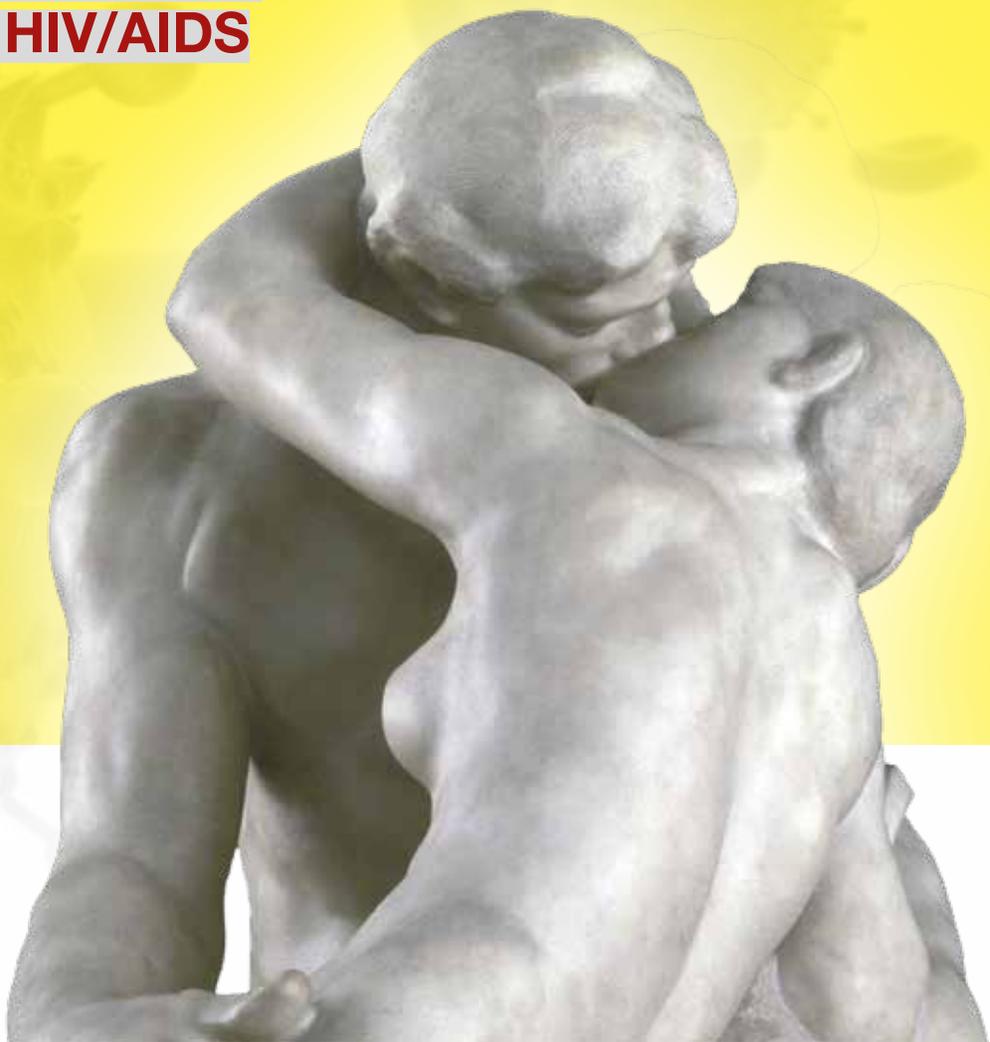


**TRA TVTTB E LE RELAZIONI VITALI  
LA DIMENSIONE SESSUO-AFFETTIVA  
NELLE CASE ALLOGGIO  
PER PERSONE  
CON HIV/AIDS**



**C.I.C.A.**

COORDINAMENTO ITALIANO DELLE CASE  
ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV/AIDS

**TRA TVTTB  
E LE RELAZIONI VITALI  
LA DIMENSIONE  
SESSUO-AFFETTIVA  
NELLE CASE ALLOGGIO  
PER PERSONE CON HIV/AIDS**

*Riflessioni e strumenti per una migliore  
gestione dell'accoglienza degli ospiti*

*Coordinamento Italiano Case Alloggio per persone  
con HIV/AIDS - CICA*

***La presente pubblicazione contiene alcune delle relazioni presentate nei Seminari nazionali C.I.C.A. 2012 Magione (Perugia) - C.I.C.A. 2013 (Ancona) oltre a contributi originali.***

***La presente pubblicazione è stata finanziata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all'interno del progetto "CICA In-Forma". Percorsi formativi nazionali e territoriali per operatori e ospiti delle Case Alloggio per persone con infezione da HIV/AIDS, ai sensi dell'art.12, c3, lett. d) /f), legge n. 383/2000 - Linee di indirizzo 2013.***

C.I.C.A. - Via Faentina 32 – 50133 Firenze  
[www.cicanazionale.it](http://www.cicanazionale.it) - [segreteria@cicanazionale.it](mailto:segreteria@cicanazionale.it)

Revisioni testi: Giovanni Gaiera, Presidente C.I.C.A.

Progetto grafico di copertina: Luca Saracini, Responsabile C.A. "Il Focolare"

Impaginazione: Errebi Grafiche Ripesi Srl

Finito di stampare presso Errebi Grafiche Ripesi Srl - Falconara Marittima nel maggio 2015.

# INDICE

<b>/prefazione</b>	<i>pag. 5</i>
<i>Direttivo CICA</i>	
<b>/introduzione</b>	<i>pag. 9</i>
<i>Giuseppe Taddeo</i>	
<b>/parte prima: ASPETTI GENERALI</b>	<i>pag. 15</i>
<b>La sessualità nel benessere psico-fisico della persona: aspetti generali</b>	<i>pag. 16</i>
<i>Désirée Uguccione</i>	
<b>Affettività, sessualità e infezione da HIV/AIDS: uno sguardo antropologico</b>	<i>pag. 28</i>
<i>Luigi Maria Lombardi Satriani</i>	
<b>Uno sguardo etico</b>	<i>pag. 42</i>
<i>Rosanna Virgili</i>	
<b>/parte seconda: LA CASA ALLOGGIO</b>	<i>pag. 51</i>
<b>La dimensione sesso-affettiva in Casa Alloggio</b>	<i>pag. 52</i>
<i>Giuseppe Taddeo</i>	
<b>Sicurezza. Affettività, sessualità</b>	<i>pag. 71</i>
<i>Leopoldo Grosso</i>	
<b>Aids e desiderio di genitorialità: implicazioni e rischi</b>	<i>pag. 99</i>
<i>Laura Rancilio</i>	

<b>Farmaci e disfunzioni sessuali</b> <i>Ambra Laura Nicolini</i>	<i>pag. 105</i>
<b>Immigrazione e sessualità</b> <i>Maddalena Battistini</i>	<i>pag. 110</i>
<b>La dimensione dell'affettività riferita al contesto familiare</b> <i>Giuseppe Taddeo</i>	<i>pag. 116</i>
<b>Strumenti operativi e counseling</b> <i>Giuseppe Taddeo</i>	<i>pag. 136</i>

## **/ESPERIENZE E TESTIMONIANZE**

<i>L'accompagnamento nell'esperienza della prostituzione</i> <i>Casa Alloggio Quintosole (Milano)</i>	<i>pag. 136</i>
<i>Una coppia in casa: dinamiche e aspetti gestionali</i> <i>Casa Iris di Rosate (MI)</i>	<i>pag. 141</i>
<i>L'approccio della Casa Famiglia Villa del Pino</i> <i>di Monteporzio Catone (Roma)</i>	<i>pag. 150</i>
<i>L'esperienza della Casa Famiglia S. Antonio Abate di Sassari</i> <i>Intervista a Pinuccio Cannas - Responsabile della Casa</i>	<i>pag. 153</i>

È con gioia e con una certa dose di apprensione e forse anche di sfrontataggine che presentiamo questa pubblicazione alle Case Alloggio, ai loro Enti Gestori e a quanti, singoli o Servizi dei vari territori, le singole Case vorranno coinvolgere nella diffusione di questo nostro lavoro.

Sulle tematiche della affettività e sessualità delle persone con infezione da HIV e AIDS, che ospitiamo nelle nostre Case, abbiamo negli ultimi anni tenuto 2 seminari nazionali di formazione: il primo a Magione in Umbria nell'ottobre 2012, con il titolo provocatorio "TVTB. HIV/AIDS, affettività e sessualità" e il secondo ad Ancona nell'autunno 2013 dallo slogan forse meno provocatorio ma ugualmente impegnativo "Le relazioni vitali. Dai rapporti affettivi ai progetti di vita". Pur consapevoli della delicatezza e delle complessità portate da questi temi, non ci siamo sottratti al confronto e all'approfondimento, anche se sapevamo - ed è emerso nelle occasioni di confronto - che su queste frontiere forse più che su altre le nostre Case non hanno riferimenti ideali e pratiche in tutto condivise, anche all'interno dei singoli Gruppi Operatori. Ma insieme consa-

pevoli che, pur nelle differenze che esistono tra di noi, non possiamo trascurare di approfondire e confrontarci su questi nervi vitali dell'esperienza di ognuna/o di noi: tradiremmo infatti la fedeltà alla quotidianità della storia degli ospiti che accogliamo nelle nostre Case e che anche riguardo a questa parte fondamentale della loro e della nostra vita ci interpellano costantemente.

È stato soprattutto durante il seminario di Ancona 2013 che è nata l'idea di raccogliere i tanti significativi contributi offerti dai relatori di questi Seminari, arricchendoli delle riflessioni sviluppate in quelle e in altre sedi e delle esperienze maturate in questi anni nelle nostre Case. È stato Giuseppe Taddeo, lo storico psicologo della Casa Alloggio Villa del Pino di Monte Porzio Catone (Roma), ad avanzare questa proposta tra il primo ed il secondo evento formativo nazionale e a rilanciarla durante le belle giornate di Ancona: lo avevamo coinvolto in entrambe i Seminari - nel primo come coordinatore e facilitatore del gruppo di confronto degli ospiti presenti, nel secondo come uno dei relatori e come referente di tutti i lavori - e a lui abbiamo chiesto di coordinare questa pubblicazione, visto anche l'interessante materiale di riflessione che aveva offerto anche in altre occasioni formative per le Case dell'Area Lazio.

Lo ringraziamo per il grande lavoro svolto, tanto di stimolo che di coordinamento, e per gli importanti contributi che ci ha direttamente offerto in questa pubblicazione.

Ed insieme a lui ringraziamo ancora i relatori dei Seminari, di cui abbiamo riportato gli interventi da loro rivisti, chi del Direttivo li ha pazientemente trascritti, così come i Responsabili e gli Operatori e i Collaboratori delle Case a cui abbiamo chiesto di offrirci in base alla loro esperienza un contributo diretto per la costruzione della pubblicazione.

Ci sentiamo infine di ringraziare il Ministero del Lavoro e delle Po-

litiche Sociali, che finanziando il nostro progetto “CICA In-Forma. Percorsi formativi nazionali e territoriali per operatori e ospiti delle Case Alloggio per persone con infezione da HIV/AIDS”, ai sensi della L. 07 dicembre 2000, n. 383, art. 12 lett. D – Anno finanziario 2013, ha permesso di sostenere parte delle spese che abbiamo affrontato perché abbiate tra le mani questo libretto.

Lo affidiamo a voi, perché lo facciate girare anzitutto all’interno delle vostre Case ma possiate anche donarlo a chi all’esterno riterrete possa essere interessato alle riflessioni in esso contenute. Vi chiediamo di farci avere il vostro parere, positivo o negativo che sia, e soprattutto le riflessioni che avrà generato nelle vostre Case, così come all’esterno, perché possa crescere e non rimanere solo nelle vostre e nostre librerie. Vi ringraziamo in anticipo dei contributi che vorrete inviarci attraverso la Segreteria del CICA: troveremo il modo per diffonderli a tutte le Case, trasformandoli - perché no ? - in una nuova pubblicazione aggiornata.

*Il Direttivo CICA*

*Firenze, 28 maggio 2015*



## /introduzione

*Giuseppe Tadeo*

Psicologo

L'accoglienza degli ospiti in Casa Alloggio rivela la sua complessità nella presa in carico totale da parte della Equipe. Non è possibile frammentare la mole di istanze che presenta ogni persona che vi fa ingresso in ciò che direttamente compete al servizio e rientri nella sua mission e ciò che, invece, può essere eluso dal progetto assistenziale e terapeutico che viene stilato a suo favore. Nel circuito della convivenza e del clima comunitario, l'ospite partecipa con tutto se stesso mettendo in gioco, nella dinamica con gli operatori e tutti i componenti del contesto della Casa Alloggio, tutti gli aspetti connessi alla sua persona: la sua storia, il suo bagaglio di relazioni all'esterno, la sua condotta, i suoi bisogni, le sue aspettative, il suo stile relazionale, le problematiche consolidate nel tempo, a monte e a valle dell'aids che rimane il requisito principale per l'ingresso nella struttura.

Nella declinazione delle metodologie e delle modalità di intervento e nella diversificazione degli assetti organizzativi, ciascuna singola

Casa ha messo a punto una propria peculiarità nel modellare una organizzazione di servizio in funzione della storia e della filosofia dell'ente gestore, delle risorse umane e materiali, del contesto sociale e territoriale in cui opera. Ma le problematiche poste dagli ospiti e connesse alla convivenza in un contesto comunitario residenziale sono le medesime per tutti. Non facili, certamente, da affrontare per la presenza spesso di devianze storiche, biografie segnate dalla emarginazione, per i disagi consolidati nel tempo che ciascun ospite porta con sé.

10 Negli anni il CICA ha promosso molteplici iniziative per facilitare e animare un confronto profondo e fervido tra gli operatori impegnati nelle diverse Case distribuite sul territorio nazionale: numerosi convegni, molteplici corsi di formazione, tesi di volta in volta ad affrontare specifiche problematiche che necessitavano di essere posti in primo piano perché si delineassero modalità appropriate di intervento e consentissero agli operatori una mirata lettura delle implicazioni per tutti. Di volta in volta ci si è dedicati, con l'aiuto di relatori esperti, ad approfondire la questione degli aspetti psichiatrici, della tossicodipendenza, dell'accompagnamento alla morte, del possibile reinserimento nel tessuto sociale, ecc.

Il vissuto dell'ospite si riverbera sempre in modo diretto e ineludibile in coloro che operano nelle case alloggio. Pensiamo ai costi emotivi e affettivi per gli operatori e i volontari per le continue morti che si registravano solo pochi anni fa, che non consentivano facili elaborazioni dei lutti frequenti in ogni casa. È curioso che, seppure trasversale ad ogni tematica sollevata, la dimensione della affettività e della sessualità degli ospiti, sia emersa solo recentemente:

quasi a sancire un tempo finalmente di maturazione degli operatori che in queste tematiche, più che in ogni altro aspetto connesso alla relazione con le persone con HIV/AIDS, vedono sollevarsi forti e intimi ripercussioni per se stessi.

Da anni, l'avvento delle terapie antiretrovirali altamente efficaci (HAART) hanno permesso un significativo recupero dell'autosufficienza e l'allungamento dell'aspettativa di vita. Ciò ha innescato nuovi bisogni negli ospiti e l'emersione di necessità diverse e più forti di gratificazione affettiva e sessuale. I rigurgiti nella pulsione sessuale sono rifioriti, il desiderio di rilancio di se stessi nella vita possibile delineano nuovi bisogni di ricomporre la propria storia anche sul piano dell'affettività. Nel rapporto oggi più simmetrico di un tempo tra ospite e operatore, la posta in gioco è per l'uno nuove istanze di aiuto e per l'altro una possibile messa in discussione dei propri valori, della propria morale, dei pregiudizi ancora persistenti in tema di sessualità soprattutto.

Tali tematiche, più che altre, richiedono un tempo maggiore di elaborazione ed è per questo che il CICA ha dedicato più occasioni per riprendere un approfondimento che è continuato e continua da un paio di anni. Il bisogno di misurarsi con ciò che gli ospiti pongono alla vita di comunità non si è limitato alle mere occasioni strutturate a livello nazionale, anzi è stato ripreso e sviluppato in micro-aree regionali. Come è avvenuto nel Lazio dove le 5 case alloggio convenzionate si sono ritrovate per un confronto ulteriore tra le singole esperienze che focalizzasse i bisogni e le dinamiche registrate nella complessità della vita comunitaria.

Il materiale prodotto in questi ultimi due anni rischia, come spesso

succede, di rimanere patrimonio di chi personalmente prende parte alla occasioni di confronto esperienziale e di formazione. Al massimo può essere poi sinteticamente riportato ed esteso alla Equipe di cui si è parte ma nella ovvia difficoltà comunque di trasmettere l'enorme mole di riflessioni e sensazioni che può generare il confronto diretto tra le esperienze delle diverse case alloggio. Ecco perché abbiamo deciso questa volta di raccogliere i contributi più significativi che nelle passate occasioni hanno offerto suggestioni e spunti per le discussioni in gruppo: perché tutti potessero documentarsi e conoscere il percorso di riflessione avviato.

Trattare la dimensione sesso-affettiva degli ospiti in una Casa Alloggio per persone con HIV/AIDS significa considerare le diverse angolazioni perché si possa sviluppare un discorso esaustivo e approfondito. Il testo presente è diviso in tre sezioni.

Nella prima sono affrontati gli aspetti generali e introduttivi al tema specifico, ovvero il significato più ampio della sessualità per l'essere umano attraverso il contributo di un sessuologo, il punto di vista antropologico relativamente alla percezione dell'AIDS nella nostra cultura fin dagli anni della sua comparsa nello scenario sociale e, in ultimo, un'angolazione etica secondo una biblista che mira a inquadrare la sessualità facendo riferimento alle Sacre Scritture.

La seconda parte sviluppa, nello specifico della Casa Alloggio, le implicazioni che il vissuto affettivo e la condotta sessuale degli ospiti comportano alla vita di comunità: un compendio di analisi e riflessioni che declina la tematica rispetto a ciò che avviene nel quotidiano della Casa Alloggio, negli ospiti e negli operatori: dal desiderio di generatività all'effetto dei farmaci nell'esercizio della

sessualità, dalla specificità degli immigrati alla dinamica di coppia e alla relazione con la famiglia di origine.

La terza parte comprende, infine, alcune esperienze di case alloggio che si sono misurate su questioni specifiche consolidando un proprio modo di intervenire e approcciare la tematica sessuo-affettiva.



**/parte prima**

**ASPETTI GENERALI**

# La sessualità nel benessere psico-fisico della persona: aspetti generali

*Desirèe Uguaccioni*

Consulente in Sessuologia - Uro-Gine-Procto-sessuologica

16

Che cosa ci dice la parola “sessualità”? A cosa pensiamo e come ci sentiamo al suo cospetto? In che contesto la utilizziamo? Come ci sentiamo se pensiamo di dedicare del tempo a riflettere e ascoltare le nostre sensazioni legate agli aspetti sessuali della nostra vita affettiva? E come ci sentiamo se ci domandiamo se ci appagano gli aspetti affettivi della nostra vita sessuale? Pensiamo mai di rivolgerci ad un esperto per approfondire “la nostra conoscenza” della sessualità e della “nostra sessualità” in particolare? Vogliamo migliorare la nostra vita sessuale? Pensiamo mai che potremmo ancora scoprire qualcosa di noi, dell’altro e della relazione che finora non abbiamo preso in considerazione, ma che potrebbe rivelarsi davvero appagante sia da un punto di vista emotivo e affettivo che del piacere fisico e relazionale?

Ci siamo mai fatti queste domande, qualunque siano state le risposte? Sono domande che ci suscitano un sorriso o un chiudersi delle spalle? Un sospiro gioioso o un groppo allo stomaco?

Ci sono tantissimi modi di affrontare la sessualità e vanno tutti bene purché ad una domanda legittima sia data una risposta competente. La risposta competente, purtroppo, non è frequente: molte professionalità, pur non avendo una formazione specifica (sia sugli aspetti fisiologici che affettivi e relazionali della salute sessuale), si arrogano il diritto di dire la loro e questo, per l'approssimazione e la soggettività che ne derivano, porta a rinforzare i tabù peggiori, quelli che subdolamente si insinuano tra le pieghe di relazioni d'aiuto prive di competenza specifica, come a sottolineare che per parlare di sesso e sessualità non ci sia bisogno di essere preparati. Ma davvero è sufficiente una risposta basata sul buon senso e (alla faccia della scienza!) sull'esperienza personale?

Troppo spesso ancora oggi la sessualità in ambito socio-sanitario è ritenuta un "di più", un accessorio che può essere omissso senza troppi danni dalla quotidianità di chi desidera condurre una vita equilibrata da un punto di vista fisico, psicologico, emotivo e relazionale. Dagli anni '50-'60 si è parlato finalmente di sessualità in modo sempre più scientifico. Tuttavia, negli ultimi anni, se n'è parlato in modo fin troppo fuorviante sia in ambito divulgativo che mediatico e l'e-subero di informazioni è spesso purtroppo qualitativamente scarso. I messaggi che arrivano attraverso pubblicità e media sono troppo spesso più pornografici che sessuali e portano ad un allontanamento da quelle che sono unioni imprescindibili: sessualità e affettività, sessualità e comunicazione intima, sessualità e libertà individuale e della coppia.

Ci troviamo talvolta addirittura a doverci difendere da immagini nelle quali l'erotismo scompare per dare libero sfogo al marketing più

smaccato in cui viene comunicato solo un invito alla solitudine del narcisismo vissuto in coppia. Il divorzio sessualità-affettività è sancito dallo sbandieramento di elementi che richiederebbero invece cautela e rispetto dell'intimità.

Così, il messaggio riduttivo o addirittura fuorviante elargito con superficialità raggiunge luoghi profondi della psiche dove la sessualità lo accompagna. E quello stesso messaggio combina così disastri nell'espressione della sessualità medesima come dei suoi aspetti relazionali. Un esempio tra tanti, non esaustivo: le immagini pubblicitarie di coppie di ragazzi che, pur vicini, appoggiano il loro sguardo lontano dall'altro e ostentano un atteggiamento solipsistico con studiata noncuranza.

18

Non sto facendo qui nessuna critica ai comportamenti sessuali legati a relazioni brevissime; sto solo parlando di altro. Nella sessualità giocata in un rapporto di poche ore o pochi giorni non c'è tempo per mettersi in gioco e accogliersi a vicenda (e forse neanche, legittimamente, il desiderio di farlo). Sto parlando di necessità umane affettive e relazionali, bisogno di contatto, individualizzazione, riconoscimento e nutrimento.

Questo bisogno di contatto affettivo e tattile, è ormai riconosciuto in ambito scientifico da decenni, ma stentiamo, nella nostra cultura, ad aprire gli occhi su una realtà che è sia individuale che sociale: l'irrinunciabilità di vivere onorando e favorendo le umane esigenze di ognuno di noi di essere accettato, accolto e amato attraverso il contatto fisico e sessuale.

Nessun essere umano esula da questi bisogni sia consci che inconsci, epidermici tuttavia profondissimi, quotidiani e ancestrali; dun-

que anche nelle nostre case alloggio operatori e ospiti vivono gli stessi conflitti rispetto alle aspettative individuali, culturali e sociali che ci vorrebbero orientati alla prestazione, come se l'atto sessuale non fosse animato dalla ricchezza interiore che ogni uomo desidera profondamente portare verso un suo simile. Indubbiamente i fattori logistici, sanitari e personali hanno il loro peso, ma solo nel determinare gli ostacoli e il percorso da intraprendere verso un obiettivo che rimane umano, quindi comune ad ognuno di noi. Accettare il nostro comune desiderio di essere felici con e in mezzo agli altri e di fuggire la sofferenza insita nella solitudine tattile è un primo passo per dare a noi stessi un'importante chiave di lettura dei nostri bisogni più ancestrali; e soltanto comprendendo la nostra stessa fame potremo comprendere, accogliere e aiutare la fame di condivisione di coloro che assistiamo. Difatti, chi è altro da noi, è nel cuore a noi uguale. Stesso cuore, stessa pelle; stessi bisogni affettivi, stessi bisogni di contatto.

In che modo possiamo affrontare nelle nostre case le tematiche relative all'affettività espressa sessualmente? E all'attività sessuale come tramite dell'affettività? Che cosa chiediamo alla sessualità? È qualcosa da pretendere? Da ottenere? Da raggiungere? Da scoprire? Una possibilità che ci viene offerta o una realtà che ci viene negata? E come possiamo affrontare queste tematiche con gli ospiti senza valicare i limiti dell'intimità pur non facendoci castrare dagli onnipresenti tabù che mascherandosi rimangono dentro di noi e ci fanno sgambetto senza che li riconosciamo?

Intanto, per capirci meglio, possiamo distinguere attività sessuale e sessualità: la prima è relativa e si riferisce agli atti sessuali in sen-

so stretto (coito vaginale, masturbazione, oralità, analità, feticismo, BDSM), la seconda agli aspetti sociali, relazionali, culturali e psicologici del comportamento sessuale umano. La sessualità in questo senso ha quindi un'accezione molto ampia, comprendendo territori dell'intimità che si rivelano e si esplicano all'esterno attraverso modalità che possiamo leggere come collegate all'identità dell'individuo come essere sessuato.

Quasi sempre si trova l'attività sessuale in definizioni che la vedono volta a raggiungere il concepimento o il piacere orgasmico, ma la sessualità in generale spazia ben oltre, andando a toccare profondità ancestrali del comportamento dell'individuo che cerca di soddisfare bisogni primari di contatto, riconoscimento e nutrimento affettivo. L'individualizzazione si delinea e matura attraverso passaggi che vengono colorati dalla sessualità: pensare che ad un punto della vita si possa fare a meno di ciò che è strumento e manifestazione di relazioni intime basilari per la sopravvivenza comunicativa è fortemente e sicuramente limitante: pensare che ne possa fare a meno uno dei nostri ospiti è limitante per lui, ma è frustrante per noi, che veniamo impoveriti indirettamente da una visione non intera delle possibilità di sviluppo degli esseri umani, che attraverso le peculiarità tipiche della sessualità possono recuperare e lasciar fiorire quelle parti di sé che ne fanno degli esseri indipendenti e socializzanti: individui delineati nella propria soggettività, ma che trovano espressione di sé nella vita della comunità.

Del resto, vediamo che per l'OMS *“La sessualità è un aspetto centrale dell'essere umano lungo tutto l'arco della vita e (...) viene sperimentata ed espressa in pensieri, fantasie, desideri, convinzioni, atteggiamenti, valori, comportamenti, pratiche, ruoli e relazioni.(...)”*

Sempre per l'OMS, *la salute sessuale* è l'integrazione nella persona degli aspetti somatici, affettivi, intellettivi e sociali della vita sessuale. Per cui la sessualità diventa strumento di arricchimento personale, di comunicazione e di amore. “

Quindi diventa ovvio che la spinta naturale alla riproduzione e alla ricerca dell'orgasmo non è sufficiente a produrre e sostenere un'intimità affettivamente fertile.

Ecco che diventa quindi prioritario il lavoro che l'operatore fa dentro se stesso rispetto alla propria visione della sessualità non come espressione di una relazione socialmente e culturalmente autorizzata alla riproduzione o al piacere sessuale, ma come strumento di costruzione di ciò che porta l'individuo a sopravvivere e a svilupparsi come essere comunicante, bisognoso di scambio affettivo in entrata e in uscita, persona che ritrova se stessa e comprende l'altro attraverso il toccare e l'essere toccato con rispetto, fiducia, amore. Prima di aiutare gli altri a trovare o ricostruire la propria salute sessuale e comunicativa occorre avere ricostruito dentro di noi l'immagine di dignità di ogni essere umano nei confronti della richiesta di contatto. Non è importante quanto abbiamo da ricostruire dentro di noi o nella nostra vita relazionale, ma quanto riconosciamo decisivi ed essenziali simili obiettivi per ciascun essere umano. Non solo per alcuni di noi, ma per tutti noi.

Come operatori in ambito sanitario, sociale, pedagogico, è nostro dovere assumere verso le nostre paure, i nostri timori e i nostri tabù un atteggiamento di tranquilla depatologizzazione. Le nostre difficoltà nel relazionarci alle esigenze degli ospiti sono del tutto normali. Prima di tutto, gli ospiti stessi vivono in una condizione concretamente difficile, che ci porta con facilità a vedere le cose in modo alterato, inserendole in un contesto ristretto mentalmente, quando potrebbe essere ristretto solo da un punto di vista logistico: lo stare nella casa, spesso in modo isolato dal resto della società e l'essere portatori di una malattia sessualmente trasmissibile.

Poi abbiamo da confrontarci con le comorbidità, che non ci aiutano a tornare ad una visione più pacata; poi ci sono la premura e l'ansia che si scatenano dentro di noi quando ci immedesimiamo – proiettiamo - nel partner di un malato di AIDS. E molto altro ancora...

Sviluppare l'empatia che cura non è commiserare gli altri, ma riuscire a mettere noi e loro sullo stesso esatto piano. Far questo mantenendo il senso di responsabilità dovuto al nostro ruolo non è automatico.

Costruire pazienza nei confronti di noi stessi e delle nostre ristrettezze mentali in ambito sessuologico può farci crescere come individui e come professionisti, ampliando la nostra vita personale, la nostra visione del mondo e la nostra capacità d'intervento professionale.

Quello che possiamo sempre e comunque fare è riportare a noi stessi le domande che i nostri ospiti ci pongono (e quelle che il lavoro ci pone) a noi stessi: quanto ho bisogno io di contatto? Quanto mi è necessario un abbraccio, una carezza? Quanto vedo di me stesso

nella relazione con l'altro? Quanto metto in gioco di me in funzione della relazione? E soprattutto: quanto di me rimarrebbe sommerso se mi trovassi isolato?

In giapponese l'ideogramma che rappresenta l'uomo, *nin*, significa "non può stare da solo": come le cellule dello stesso tessuto si regalano confini fisiologici l'una con l'altra attraverso il contatto, così anche noi, animali pensanti e capaci di spostarci nello spazio, abbiamo ugualmente bisogno di conoscere noi stessi attraverso la relazione con l'altro.

Aiutare le persone a trovare la propria salute sessuale significa quindi aiutarle a rendere più armonici tutti quegli aspetti legati alla sessualità che portano ad una vita sana e felice, a prescindere dalla fertilità (quindi anche in età avanzata).

Se con qualsiasi giustificazione o motivazione priviamo un individuo (anche noi stessi!) della possibilità di vivere una vita sessuale sana, lo priviamo di risorse e opportunità comunicative, affettive ed evolutive insostituibili. Ciò che si può avere da una relazione anche sessuale non lo si può avere in altro modo (non parliamo qui di percorsi spirituali che esulano da questo contesto). La relazione di coppia è una relazione speciale che ci dona delle opportunità speciali. Al di là delle valutazioni sessuologiche, soltanto l'individuo stesso, sia ospite che operatore, può sapere ciò che è davvero meglio per lui; se dubitiamo di questo possiamo ritenere il dubbio stesso un ottimo campanello d'allarme per la nostra capacità empatica, professionale e non. Un campanello che ci può aiutare a stare o a tornare sul sentiero fruttuoso della condivisione basata sul riconoscimento dell'altro come uguale a noi.

Inoltre, la sessualità, non come via riproduttiva, ma come comunicazione esclusiva della coppia, è anche uno strumento di generazione e rigenerazione energetica oltre che comunicativa ed evolutiva. La sessualità vista come modalità “irrinunciabile” per la riproduzione e il piacere visto come unico ulteriore frutto/obiettivo della medesima portano immancabilmente a perdere di vista l’essenza stessa delle relazioni intime e la loro capacità di essere linfa vitale per l’essere umano bisognoso di socialità e individualità armoniose, giocate entro confini permeabili e mobili solo se sostenute dalla consapevolezza di essere amati, amabili e capaci di amare.

Se chiudiamo gli occhi e pensiamo a due persone che fanno l’amore, molto spesso immaginiamo un rapporto penetrativo, il coito. Ma la sessualità è ampia, e la comunicazione più intima, forse paradossalmente, si crea e si costruisce attraverso il piacere di toccare ed essere toccati, di assaggiare il corpo dell’altro e di essere assaggiati, accolti in un abbraccio che ci nutre, attraverso il piacere di dare e ricevere un godimento che non è solo sessuale e genitale, ma fortemente emotivo, psichico e spirituale. La sessualità, il mettersi nudi e a nudo tra le braccia dell’altro, scopre il bisogno animalesco di sentirsi al sicuro, al riparo da ogni pericolo: anche qui, il contatto, l’accoglienza, la capacità di offrire la propria presenza sorgono e acquistano il valore di uno strumento irrinunciabile verso la libertà interiore dalle nostre paure più profonde e ancestrali: la solitudine, la morte. Nella sessualità due esseri umani si liberano l’uno con l’altro delle paure più terribili, offrendo se stessi attraverso l’ascolto e la presenza; il fatto che il contatto sessuale porti addirittura al massimo piacere fisico che possiamo provare diventa quindi perfettamen-

te coerente con il piacere intimo che proviamo quando, finalmente, accanto ad un altro essere umano noi ci sentiamo non più soli, ma uniti, non più irrilevanti in mezzo alla moltitudine distratta, ma fondamentali in un abbraccio relazionale che ci riporta al significato più alto della vita: l'amore privo di egoismo, vivo di quella generosità che ci fa muovere verso le paure dell'altro col desiderio di placarle come fossero le nostre, perché, realmente, le paure dell'altro sono le stesse che ci fanno sentire soli.

Ecco che, in quest'ottica, il contatto diventa e rimane la chiave di volta della relazione, sia sessuale che affettiva, sempre profondamente intima.

E, magicamente, il contatto non diventa rifugio, ma genera forza e indipendenza, rafforza la consapevolezza delle proprie peculiarità proprio nel momento in cui ci porta vicino ai punti comuni a tutti noi. Così, quando troviamo una relazione che ci libera, e attraverso la quale sentiamo di poter liberare l'altro da ciò che più profondamente lo isola, possiamo percepire e sviluppare la forza per stare in mezzo alla folla con rinnovata sicurezza, pieni di un affetto che ci è stato regalato e che possiamo portare all'esterno della relazione con la stessa generosità con cui ci è stato dato. Questo crea una catena insostituibile di scambio e arricchimento: ciascuno di noi, se è libero di sentirsi messo a nudo, ma è rassicurato in quello spogliarsi, può essere un individuo più libero dalla paura, quindi più capace di investire se stesso e la propria affettività in relazioni altruistiche, ossia di apertura e generosità. Come dire che attraverso il contatto affettivo nella relazione sessuale si innesca una reazione a catena di scambio energetico che porta a tornare in ambito sociale arricchiti e con

maggior disponibilità all'accoglienza, quindi ancora più capaci di rigenerare e rigenerarsi insieme all'altro nella coppia, per poi di nuovo immergersi nella socialità più sicuri, quindi più capaci di aprirsi piuttosto che di difendersi e così via in un circolo virtuoso.

L'uomo è un animale sociale e ogni essere umano ha molta paura di rimanere solo: è questa paura che lo fa sentire in pericolo e lo porta a vivere, talvolta di più, talvolta di meno, sulla difensiva. Quando ci difendiamo, ci chiudiamo. Per aprirci ed essere creativi abbiamo bisogno d'amore. Non esiste un amore che non si manifesti nel contatto. Qualunque forma di amore trova espressione nella generosità e nella tenerezza espresse nella ricerca delle percezioni sensitive: desideriamo vedere, guardare, ascoltare, gustare, annusare, accarezzare, toccare la persona amata. Questa ricerca del sentire e far sentire è un processo comunicativo che cresce con l'intimità e che dall'intimità viene incoraggiato e spronato: come tutti i processi comunicativi, necessita di tempo per essere costruito e sviluppato, fino a diventare un tramite di conoscenza personale e interpersonale che consente di vivere se stessi e l'altro di pari passo. La solitudine viene sciolta da questo venirsi incontro.

Noi ci percepiamo come individui dotati di esistenza a sé stante, ma in molte filosofie e religioni la percezione dell'ego è considerata il fulcro su cui si basa tutta la sofferenza umana. Riconoscere la nostra uguaglianza agli altri come esseri desiderosi di essere felici e di non soffrire è un primo passo verso l'abbattimento dei muri che ci fanno percepire la diversità, ossia la separazione, quindi la solitudine.

Come operatori possiamo ricordarci che aiutare i nostri ospiti a sciogliere quella solitudine aiuterà anche noi a sciogliere la nostra, così

come è vero che solo accettando e amando il nostro essere simili e uguali nel bisogno e nella ricerca di amore possiamo sviluppare l'empatia che ci consente di costruire un tipo di presenza che di per sé aiuta gli altri.

Come dice Mandela: se liberiamo noi stessi, la nostra presenza, automaticamente libera gli altri.

Nella relazione sessuale, nella quale si scoprono, insieme alla pelle, le nostre debolezze più viscerali, il contesto è fondamentale: cioè per avere una risposta sessuale adeguata ed una vita sessuale appagante ci vuole un ambiente accogliente e rassicurante, in cui sia chiaro che il pericolo è stato debellato. Il contesto dei nostri ospiti siamo noi: è nostro privilegio aiutarli a sentirsi al sicuro ed è nostro dovere farlo.

# Affettività, sessualità e infezione da HIV/AIDS: uno sguardo antropologico

*Luigi Maria Lombardi Satriani*

antropologo

*(Trascrizione della registrazione audio, non rivista dall'autore, dell'intervento al Seminario Nazionale CICA di Magione, PG, ottobre 2012)*

28

Ci vuole una certa dose di improntitudine e di arroganza per venire a parlare con un gruppo di operatori che hanno quotidianamente contatto con le persone che vivono questa realtà esistenziale, e ospiti di Case Alloggio che la vivono dall'interno. Come dice un proverbio calabrese, "sa più chi patisce che chi sa".

Trovo di una grande generosità quello che le Case Alloggio compiono, facendo quello che in una democrazia matura dovrebbe essere fatto dallo Stato e dagli organismi pubblici. La temperie politica e culturale che viviamo va infatti in tutt'altra direzione: quella dell'importanza di una persona in base alla grandezza del conto in banca e alla lunghezza del fuoristrada.

Offro alcune sollecitazioni critiche, perché da questa impostazione generale di carattere antropologico gli operatori possano trarre stimoli. Non sono un operatore che lavora sul campo, essendomi occupato di questa problematica per capire come si sia costituita nel tempo l'idea della nuova "peste" con meccanismi di emargina-

zione di una ferocia assoluta.

Vorrei contribuire a sfatare alcuni equivoci, che ancora hanno corso. Occorre, innanzitutto, intenderci sulla concezione della “cultura”, finora ancorata ad un significato di tipo tradizionale, vetero-umanistico, secondo gli intellettuali di élite.

Dobbiamo acquisire pazientemente un altro concetto di cultura, quello antropologico.

In antropologia è da 2 secoli che si sta discutendo del concetto di cultura. Due antropologi americani in due volumi hanno raccolto oltre 300 definizioni di cultura, approfondendone in particolare 165. In generale, cultura in senso antropologico è qualsiasi maniera di sentire, pensare e agire che si va a formare nel tempo e nello spazio in una determinata comunità. Fin da quando un bambino nasce, è investito da questa cultura: sarà allattato in una determinata maniera, si provvederà ai suoi bisogni immediati in un'altra maniera; sarà lavato, fasciato e poi incomincerà ad essere educato ad intravedere i suoi bisogni (urinare, defecare, la fame) e a comunicarli all'adulto. Imparerà presto a differenziare il tempo della veglia dal tempo del sonno. Chi è madre o chiunque abbia allevato dei bambini sa quanto è faticoso l'apprendimento da parte del neonato delle regole minime per comunicare con il mondo circostante. Se noi seguissimo la vita di questo neonato, man mano che diventa adolescente e gioca con i ragazzi, man mano che poi incomincia a diventare adulto e entra nella società degli adulti, vediamo che naturalmente disciplina i suoi bisogni sessuali, in quanto non dà alla propria sessualità libero sfogo ma la disciplina secondo modelli culturali. Una cosa è l'attività sessuale consentita culturalmente

alle donne e una cosa è quella consentita culturalmente ai maschi di una stessa società. E anche tra donne e uomini ci sono comportamenti diversi a seconda che si sia a Perugia o comunque in Italia e a seconda che si sia a Oslo, nell'Europa del Nord.

La prima operazione che acquisiamo è come evitare il giudizio. La nostra cultura, di fatto, diviene il parametro con cui noi stessi poi giudichiamo le altre culture, altri modelli, altri valori e altri comportamenti a seconda della distanza che intercorre tra la nostra cultura di appartenenza (al centro dell'universo) e ciò che ci differenzia. Assoluto pregiudizio quindi il nostro!

Facilmente giudichiamo selvaggi coloro che abitano terre lontane senza chiederci se chi fora il lobo dell'orecchio o fa il piercing, cioè fa passare degli aghi dal capezzolo, è veramente superiore e diverso.

Nel nostro modello di civiltà chi porta un orologio tempestato di brillanti su un tailleur di alta moda è sinonimo di eleganza, mentre altre manifestazioni possono essere giudicate esempi di inciviltà o barbarie. Se noi prendessimo il vocabolario della lingua italiana e lo scorressimo voce per voce, lemma per lemma, ci renderemmo conto di quante forme di pregiudizio e di razzismo ci sono tra un termine e l'altro. Razzismo nei confronti delle donne, sicuramente: un maschio che non sia sposato viene detto scapolo; una donna che non sia sposata viene denominata "zitella" con aria ironica e un sottofondo di giudizio negativo, anziché nubile. Di più: consideriamo le zitelle acide perché, in quanto non sposate, non possono aver goduto del piacere sessuale, quindi soggette facilmente all'isterismo. La zitella quindi, nel senso comune, diviene l'immagine di una isterica.

Nell'Ottocento un dotto tedesco pubblicò un libro sull'inferiorità naturale della donna in cui sosteneva che esse hanno un cervello più piccolo e di minore peso del cervello maschile: la conclusione è che la donna per questo è più debole. Tale assunto aveva forti implicazioni nella società corrente: se un uomo non studia non ha nessuna sofferenza in quanto avente un cervello forte e potente mentre le donne sono soggette a mal di testa a causa di un cervello minuto e fragile. È per questo che le invitava a non studiare!

In Italia, alla fine dell'Ottocento, Cesare Lombroso sostenne che si nasceva delinquenti o prostitute: il destino era segnato geneticamente e sia l'identità della persona sia l'attività che essa avrebbe svolto veniva attribuita ad una determinazione biologica, alla struttura anatomica.

Le nostre convinzioni, acquisite culturalmente, divengono quindi il punto di partenza per giudicare l'altro, diverso da noi. Ne è un esempio chiaro il razzismo, che si esprime in molte forme diverse: contro le donne, contro gli stranieri, contro i neri. Abbiamo sentito persino grandi dignitari ecclesiastici parlare del pericolo del fondamentalismo islamico, tanto che recentemente in Vaticano qualcuno ventilava il pericolo che tra qualche anno i bianchi in Italia saranno una sparuta minoranza rispetto all'avanzata dei neri. Certo nell'Islam c'è una tendenza al fondamentalismo ma dobbiamo considerare delle punte fondamentaliste anche nel mondo cristiano.

Il principio che guida il razzismo è il desiderio di porsi come "puri" rispetto agli altri, considerati, di contro, impuri; nel giusto rispetto all'essere difettoso e inaccettabile di chi è diverso da noi.

Perché e con quale parametro oggettivo gli eterosessuali pretendono di dettare la norma e di disprezzare gli omosessuali? E perché si deve enfatizzare un unico modello di famiglia, quando l'osservazione antropologica sa quanti tipi di famiglie ci sono nel mondo? Le forme che assume la famiglia sono oggi molteplici e tutte funzionanti: la famiglia monogamica, la famiglia poligamica, la famiglia poliandrica, cioè la stessa donna con più mariti riconosciuti.

Connesso al pregiudizio è la facilità all'ipocrisia che impedisce la piena comprensione dell'altro.

Noi viviamo traducendo nella nostra realtà modelli di comportamento che ci appaiono più persuasivi e che abbiamo interiorizzato in famiglia. Il bambino fin dall'inizio guarda il mondo adulto, viene educato, traduce concretamente nella realtà ciò che ha visto fare o ciò che gli è stato detto di fare. Il modello che apprende è quello che gli viene prospettato e presentato dalla dimensione comunitaria in cui cresce.

Ogni volta che il bambino - e via via nel suo percorso evolutivo - percepirà che i suoi comportamenti si discostano dalle aspettative sociali, metterà in conto una possibile sanzione. Ogni trasgressione dal modello dominante viene immediatamente associata ad una possibile punizione: se la trasgressione è di una norma dello Stato, di un comportamento che tutela la persona, allora andiamo nel diritto penale e siamo arrestati; se è una norma di comportamento, nessuno arresta, ma si è giudicati male.

Il giudizio stesso, del resto, non è mai unanime ma è soggetto, invece, a diverse declinazioni. Ad esempio, se il maschio ha un'attività sessuale molteplice viene considerato positivamente e un gran-

de seduttore che richiama immediatamente alla memoria il mito di Don Giovanni. Possiamo dire allo stesso modo per le donne? Sicuramente no! Al massimo nel tempo smussiamo la terminologia, come le “puttane” che talvolta divengono “escort” ma rimane che complessivamente una donna che faccia la stessa azione che fa un uomo viene considerata negativamente. Nello stesso rapporto eterosessuale, un uomo e una donna vengono giudicati culturalmente in modo diverso, come evidenzia l’antropologia di genere che ha approfondito bene l’immaginario sociale dell’appartenenza di genere.

Sappiamo bene quanto le persone colpite dall’AIDS soffrano di una serie di giudizi negativi legati al tema del possibile contagio e a comportamenti socialmente disapprovati. Sia la tossicodipendenza sia l’attività sessuale, libera non protetta e magari con l’aggravante del piacere, evocano una colpa: in qualche maniera “se la sono voluta, se la sono andata a cercare”.

Il giudizio e il pregiudizio si scatenano nella posizione di chi li emette che proprio nell’operazione del giudicare può sentirsi più al sicuro dalla minaccia esterna. Nel proprio mondo ognuno si sente minacciato e quindi è per questo che, in un tentativo di tenere il diverso distante da sé, è propenso al giudizio spietato nel tentativo di sentirsi ancora più protetto nell’alone del giusto.

Un po’ tutti siamo pervasi dal modello dell’edonismo, della ricchezza, dell’apparire, dalla ricerca del successo. Per molti addirittura salta il concetto di pudore. Una escort mesi fa ha dichiarato al Corriere della Sera che “questi moralisti non devono rompere i coglioni”, dicendo che una donna bella ha tutto il diritto di concedersi

sessualmente per avere vestiti griffati e spendere migliaia di Euro. La nostra cultura tende a spingere verso il modello dell'edonismo e al disprezzo dell'altro. È la dialettica identità-alterità: l'identità è l'unicità di se stessi di fronte a una molteplicità di esperienze: io sono quello che ero ieri e sarò comunque quello di domani e l'altro rimane colui che ho di fronte, il necessario destinatario della mia inter-azione, ovvero con la sua medesima identità.

A permetterci di interagire è il ruolo che ricopriamo. I ruoli giustificano il tipo di approccio di uno verso l'altro: il professore rimane sulla cattedra di fronte all'allievo, il sacerdote si eleva sugli altri dicendo quello che devono fare e ammonendo e facendo i sermoni dall'alto del pulpito.

34

Se non giustificati dal ruolo sociale, il rapporto tra pari, ovvero tra persone svincolate dalla posizione sociale, è soggetta alla negazione dell'incontro, in cui la dicotomia "superiore-inferiore" prevale su quella dell'"io-tu".

Nel rapporto tra le diverse culture, il rischio connesso è che una cultura si elevi a superiore rispetto ad un'altra. In questi casi, la stessa mediazione culturale si caratterizza come "carità culturale". Secondo questo modello – cultura superiore versus cultura inferiore – gli immigrati sono partiti nel cammino verso la civiltà più tardi di noi e per questo noi ci chiniamo verso di loro per aiutarli a raggiungerci. Certo il rispetto alla tolleranza e la rinuncia all'eliminazione dell'altro perché nero, sono segni sicuramente di un importante avanzamento, ma sempre nella dicotomia superiore ed inferiore. Il passaggio agognato che la "carità culturale" si traduca in riconoscimento paritetico della reciproca dignità.

Le culture sono diverse e tantissime, ne sono state individuate più di 3.300! Non un uomo unico nel suo genere ma uomini molto diversi tra loro. Non una cultura egemone ma culture diverse. Non un unico modello ma molteplici modelli. La pluralità consente di concepire tutte le forme possibili che abbiano la medesima dignità e valore.

Assistiamo recentemente ad un rigurgito della cultura della violenza e del razzismo: è tornato, ad esempio, il razzismo contro i poveri come se avessero la colpa di essere poveri. Parlando dell'imprenditorialità lombarda, i milanesi hanno bisogno degli infingardi calabresi sia comprando i voti sia scaricando nel Sud i rifiuti tossici delle industrie del Nord.

Decenni fa la solidarietà con i poveri era un valore maggiormente condiviso rispetto ad oggi: essi rappresentavano le classi sfruttate, quelle classi a cui doveva essere dato il riscatto storico del "sol dell'avvenire", con una serie di mitologie e anche con una grossa carica propulsiva, ma la convinzione di fondo era che il povero aveva bisogno di una maggiore integrazione. Ora no: il povero è colpevole, perché non è ricco.

Oggi dobbiamo incominciare a sostituire alla cultura della violenza un'altra cultura, quella dell'amore e del rispetto. Viviamo oggi un'insofferenza nei confronti dell'etica, come se riguardasse soltanto le figure religiose, dimenticando invece che tutti siamo chiamati e tenuti al rispetto di un codice etico e dei sentimenti. Se recuperiamo la forza rivoluzionaria dei sentimenti, se non ci vergognamo di mostrare concretamente amore, noi ci accostiamo all'altro aiutandolo a vivere nella pienezza del suo essere. Compresa la dimensione sessuale.

Dobbiamo recuperare il senso della compagnia, intesa come “cumpanis”, cioè essere assieme; l’esperienza della fraternità, cioè trovando il giusto modo di sentirsi fratello o sorella; trascendere in sostanza, il rapporto “io-tu” per recuperare il “noi” come dimensione condivisa.

È questa la mission principale degli operatori nella relazione con le persone che soffrono di AIDS, ovvero tentando di vivere l’enorme esperienza della fraternità solidale e individuando assieme di volta in volta cosa si può fare per non lasciarli murati nella loro solitudine e nella loro disperazione.

Siamo pervasi dal mito della buona salute. Il modello culturale dominante attribuisce un valore altissimo al benessere fisico ed estetico. Lo vediamo anche negli spot pubblicitari dove i personaggi incarnano sempre una fisicità ottimale e massima. Ne consegue che anche l’operatore rischia di mettere in gioco tale inclinazione nel rapporto con l’ospite a cui, sotto sotto, può “rimproverare” di essere stato poco responsabile delle sue azioni se oggi si ritrova in una condizione clinica compromessa. Sotto sotto pensiamo che essere onesti sia meglio che essere disonesti: quali implicazioni ha ciò nella relazione con l’ospite che è portatore di storie di criminalità e di trasgressione sociale?

L’ex-carcerato è considerato colpevole: “ti aiuto nei tuoi bisogni, ma non vado oltre!”. Questo messaggio subliminale, in quanto sfugge alla nostra consapevolezza, può essere trasmesso all’ospite con AIDS ed è ovvio che se questo succede eleviamo una barriera insormontabile tra me e l’altro, che non ci farà mai superare il muro di solitudine. Per abbattere questo muro di solitudine,

bisogna mettersi in discussione totalmente: non c'è una norma assoluta che rende un uomo migliore dell'altro, ci sono tante etiche, tante norme. Semmai possiamo pretendere rigore etico solo da noi stessi e non dall'altro. Bisogna andare all'altro al massimo, fino al sacrificio di sé.

Vi ricordate la parabola del Samaritano? Gesù dice: "chi è stato prossimo?". Noi abbiamo un modello evangelico: Gesù Cristo poteva amare l'umanità astrattamente dall'altro dei cieli; invece assume su di sé l'umanità e la patisce. Questo colpisce anche un laico come me. Il limite lo sentirete voi, fino a dove vi sentirete di arrivare e dobbiamo spingerlo, questo limite, fino a quando avvertiamo che la comunicazione con l'altro sia possibile.

In ultimo: Quale differenza c'è tra l'attività sessuale mercenaria da quella fatta per amore? Gli organi sessuali e le modalità sono gli stessi. Come possiamo capire se è scattato l'amore o no? Quali segnali ci dicono il tipo di esperienza che stiamo vivendo? Quando faccio lezione, come posso capire se ho agganciato l'altro? Sarà il modo di parlare, il desiderio di raggiungere l'altro, l'essere preoccupato per i fatti miei: possiamo avere diecimila motivi per non raggiungere l'altro e non è detto che una volta avvenuto questo avvenga sempre. La comunicazione con l'altro è un processo che dobbiamo volere in due: noi vogliamo raggiungere l'altro, ma l'altro deve essere disponibile ad essere raggiunto e mettersi in rapporto con chi lo vuole raggiungere; l'impegno è reciproco. Questo significa superare il silenzio e il monologo: perché molte volte il dialogo è un monologo truccato. C'è un racconto di una persona che incontra l'altro e che gli chiede "dove vai?" e l'altro risponde "Vado a

pescare” e il primo dice a sua volta “Ah, credevo che tu andassi a pescare” e l’altro risponde “No, no, vado a pescare!”. Fa ridere perché non ho detto che le 2 persone sono sorde. La situazione dialogica supera la condizione di sordità: dobbiamo però sviluppare una metodologia di ascolto, lasciare che le parole sedimentino dentro di noi, in 1-2 minuti di silenzio dopo che l’altro ha parlato. La parola ha una sua levità per raggiungere l’altro: la parola la dobbiamo fare crescere, è una libellula, una farfalla, prima che una tecnica. Anche qui siamo vittime della sindrome della tecnologia, delle protesi tecnologiche con cui integriamo il nostro corpo: dobbiamo invece restituire valore al corpo umano, alla voce; dobbiamo riappropriarci dei sensi, acutizzare la vista e l’udito.

38

Dobbiamo fare una rivoluzione culturale: siamo stati diseducati dal rumore, dall’edonismo, dalla ridicolizzazione dell’etica, dal rifiuto del dialogo, da questi cattivi maestri che abbiamo avuto e continuiamo ad avere. Dobbiamo ritrovare il gusto della soggettività, il gusto di pensare in maniera autonoma. Proporrei, a chi ne ha voglia, di rileggere Il Piccolo Principe, che guarda il mondo adulto e ne scopre l’assurda ridicolaggine; le cose che all’adulto sembrano importanti, al suo occhio innocente appaiono ridicole. Che significa poi quella storia in cui l’imperatore cammina nudo ma i cortigiani hanno bisogno dei suoi favori, per cui chi gli va a dire che è nudo? Alla fine è un bambino, che non ha niente da perdere, che dice che il “re è nudo” e allora tutti se ne accorgono. Non lo vedevano, perché erano ottenebrati, il loro sguardo era condizionato dal loro desiderio di vedere il re come voleva essere visto. Dobbiamo recuperare l’innocenza e la carica eversiva del fanciullo: quando

l'ha detto Pascoli, la cultura intellettuale cinica si è messa a ridere, come se Pascoli fosse uno sciocco sentimentale. Recuperare l'etica dell'innocenza dello sguardo è inserire nella nostra società una carica eversiva: il gusto di dire la verità. Difficoltà sicuramente ce ne sono: eppure quando si desidera fortemente che qualcosa avvenga, questo finisce per avvenire; in questo senso veramente la fede muove le montagne. La realtà si produce, non è qualcosa al di fuori di noi: la realtà è una proiezione nostra. Certo, la realtà è al di fuori di noi, ma la produciamo noi. La fisica contemporanea, non la filosofia, non l'antropologia, la fisica delle particelle, la fisica delle generazioni successive ad Einstein dice che la realtà è un luogo dove le energie tendono a ritrovarsi, la forza tende a ritrovarsi.

Che i grandi scienziati contemporanei parlino della realtà non come qualcosa di oggettivo, ci deve far pensare che la conoscenza non è un muro che si edifica nel tempo, come si pensava nel '700-'800: un enorme monumento da cui guardare la vallata da un punto di vista più alto. Oppure si pensava che noi fossimo immersi nelle tenebre dell'ignoranza: arrivava colui che sapeva, con la ragione, e apriva un interruttore e la luce avrebbe sottratto all'oscurità fette sempre più consistenti di popolazione. La ragione come portatrice di lumi. Questo modello di conoscenza è saltato: la conoscenza è un processo che si costruisce nel tempo. Il modello è "essere con l'altro", seguendolo nel suo bisogno di affettività, che è anche a volte bisogno di sessualità, ma principalmente di affettività; "non è bene che l'uomo sia solo": è la base della nascita del genere umano secondo la Genesi. La traiettoria deve essere questa per tutti, non solo per i credenti: superare la solitudine ed essere con l'altro.

Ho nella mia famiglia un ragazzo con la sindrome di Down, e so di quanta tenerezza è capace e che bisogno ha di tenerezza. Bisogna essere con loro, quando ce lo chiedono e nel modo in cui ce lo chiedono. Non indico la prospettiva del martirio, ma quella di essere vicini al massimo delle nostre forze, fino a dire a loro “mio caro, non sei solo nel mondo”. Hai fatto quello che hai fatto: lo non ti giudico. Dobbiamo evitare la sindrome del giudizio: io sono con te qualsiasi cosa tu abbia fatto. Io sono con te e con i tuoi bisogni e farò di tutto perché le tue esigenze siano realizzate. È facile dirlo e molto difficile praticarlo: ma chi ha detto che la vita è una passeggiata edonistica, un terno alla lotteria? La vita è una responsabilità enorme, è una fatica, è un itinerario progressivo in cui dobbiamo abituarci a costruire rapporti; è una sensazione enorme di libertà: noi siamo veramente fattori del nostro destino e della nostra crescita. Noi diventiamo ciò che vogliamo. Noi siamo egoisti, siamo portati a soddisfare il nostro bisogno: fin da bambini siamo stati educati a regolare i nostri bisogni. Noi dobbiamo autoeducarci, perché il primo nostro educatore siamo noi stessi; e dobbiamo educarci a vivere la vita come progetto e come impegno: impegno verso noi e verso gli altri e come progetto di rendere la nostra vita in società un po' più umana e un po' meno feroce, un po' meno intrisa di violenza.

Ognuno di noi fa fatica a stare con gli altri: ci sono momenti in cui vivere con gli altri è gratificante, altri no. Eppure l'uomo è essenzialmente animale sociale (Aristotele). Un grande poeta, Holderlin, ha detto che l'uomo è “colloquio”. Tanta di questa fatica dello stare con gli altri è la realizzazione della nostra umanità possibile. Se non

fossi venuto qua, sarei rimasto a Roma con qualche dolore alla schiena: sono contento di essere stato con voi, perché mi sono arricchito con le vostre domande, la vostra esperienza e le vostre inquietudini. Stare con gli altri costa fatica, ma forse la spesa vale l'impresa: noi ci realizziamo più con gli altri che da soli. La solitudine è l'inferno: quando si è soli, si è murati, è la cella, l'isolamento, è la ferocia del 41bis. Questo contrasta il modello di umanità: dobbiamo recuperare la fatica, la sofferenza e la gioia del vivere con gli altri. Fatica, sofferenza e gioia sono tutte e tre insieme: e danno misura della nostra libertà.

## Uno sguardo etico

*Rosanna Virgili*

bibliista

*(Trascrizione della registrazione audio, non rivista dall'autore, dell'intervento al Seminario Nazionale CICA di Ancona, novembre 2013)*

42

Vorrei condividere un momento di riflessione su quelle che sono le relazioni vitali, della vita di tutti, e che vedono come grande protagonista il corpo. Io sono una bibliista, mi occupo di un testo molto antico, la Bibbia. Bibbia è un termine greco, è un plurale, “i tanti volumi”. Si compone di 73 libri che parlano di un mondo antico. Le cose che sono raccontate sono state prodotte almeno nell’arco di 1000 anni. Questi libri raccontano di esperienze umane, prima che divine, ma secondo una concezione tipicamente biblica che vede la persona come soggetto spirituale. La Bibbia, quando parla dell’umanità, parla paradossalmente con il corpo, perché la parte sua più grande - l’Antico Testamento - risponde ad una cultura un po’ diversa da quella da cui dipende gran parte della filosofia che studiamo, che è la filosofia greca. La Bibbia in gran parte racconta del popolo ebraico la cui lingua è una lingua consonantica in quanto non ha le vocali e viene dal ceppo semitico e non indoeuropeo come quella greca o come l’italiano.

Nella cultura semitica il corpo non è altro dall'anima, cioè non si collocano su due piani diversi. La distinzione corpo/anima, tipicamente greca, non c'è nella Bibbia, neppure nel Nuovo Testamento, che è più recente essendo stato scritto un secolo dopo Cristo, e che pure è scritto in greco. I testi che rientrano nel Vecchio Testamento - come Genesi, Esodo, ecc. - sono stati prodotti molto prima dell'incontro col mondo greco. Questo è il punto da cui vorrei partire per parlare del corpo.

### 1. Il corpo non è carne.

La carne è una serie di organi che hanno degli istinti. Lo stomaco è vuoto, sente l'istinto della carne. Vede un pezzo di pane, lo consuma. Questa è una funzione della carne. Ma il corpo non è la funzione dei vari organi. Il corpo è un luogo di direzione.

Pensiamo al corpo maschile e al corpo femminile.

Perché nella Bibbia si pensa Dio al maschile? Dio abita in cielo e in ottica cosmologica la pioggia, che viene da cielo, deriva da una grande riserva di acqua, per cui quando piove qualcuno che sta lassù apre i rubinetti. Quando Dio decideva di essere benevolo verso Israele, suo popolo, faceva piovere. Era il dio della pioggia, come Zeus. E la pioggia è vita; il corpo maschile lo stesso ha la pioggia. La pioggia feconda la terra come lo sperma feconda la donna. E il corpo del maschio ha bisogno di piovere. Quindi questo Dio non è riferito a se stesso, ma è un soggetto di relazione. Se il maschio ha bisogno di una terra dove versare la sua pioggia dove si stabilisce quindi la spiritualità? Proprio in questo corpo che è fatto per la relazione.

Il corpo femminile invece è un 'vuoto', c'è una cavità, che però è un deserto, che ha bisogno di essere fecondato, altrimenti continua ad avere sete. È la donna che cerca l'uomo, perché la terra senza pioggia è destinata a morire. Quindi il corpo femminile è il corpo che vive e la femminilità è creazione anch'essa; il corpo è la verità dell'anima, è questo uscire verso l'altro.

## 2. Una relazione chiede innanzitutto una spiritualità.

E che cos'è una spiritualità? C'è un Libro che gli studiosi considerano il cardine teologico di tutta la Bibbia, ed è il "Canto dei cantici". Il Cantico dei cantici è il cardine teologico della Bibbia perché è il canto che insegna ad amare. Perché noi come corpo, come soggetti spirituali, non possiamo vivere la relazione come istinto. Se noi viviamo i rapporti sessuali come lo stomaco vive il suo rapporto con il cibo secondo la Bibbia non li viviamo nella relazione. Perché ci possa essere una relazione, ci devono essere due soggetti spirituali. Quando io tratto la donna come prostituta, lei per me non è un soggetto spirituale, lei è un pezzo di carne che io mangio, e allora il mio istinto sessuale è come l'istinto della fame. Cioè qualcosa che coinvolge la carne. Ma il corpo è un'armonia di tutto quello che di spirituale che c'è nell'essere umano, compresa la carne. Nelle relazioni sessuali, secondo la Bibbia, non c'è solo il piacere fisico, ma il piacere è quel brivido che parte dal cervello e coinvolge l'intimità più profonda, cioè l'infanzia della nostra mente, perché risveglia la vita, risveglia l'infanzia, risveglia la speranza. Un atto d'amore ci rende più creativi, non solo perché magari nascono i figli, ma perché ci fa rinascere; tutto si rimette in gioco, è come se noi mettessi-

mo la mano nel profondo della nostra memoria, dove c'è il sorriso, la speranza, il bambino nell'infanzia, e questa è l'esperienza della vera relazione nella sessualità. Invece una sessualità vissuta come appetito è solitaria, fa abbassare il livello del soggetto spirituale. Soddisfa un bisogno, ma ogni volta che soddisfa questo bisogno crea assuefazione. Perché è un atto di consumazione, e ogni atto di consumazione è un atto di morte, non di vita. Si spegne qualcosa in me, invece di accendersi.

### 3. L'accoglienza dell'altro.

Nella relazione, anche omosessuale, che cosa significa porsi in relazione con l'altro? Significa prima di tutto conoscere che tu hai un limite. Non sei tutto, il tuo bisogno non è l'assoluto e avere davanti l'altro significa avere un confine. L'altro ci re-esiste. Sempre ci re-esiste. Anche se fosse un uomo per un altro uomo, l'altro è sempre una diversità. La relazione è mettere in corrispondenza due diversità. Se tu sei pieno di te stesso, non vedi mai l'altro, lo sostituisci con te stesso. C'è solo un allargamento di te e quindi tu fai il deserto attorno a te. Invece la presenza dell'altro, ti dice "guarda, fin qui arrivi tu, poi comincio io", ti dà la possibilità di metterti in relazione con lui. C'è un detto di Emanuel Levinàs, che è un ebreo della shoa, che dice "la libertà è la distanza di sicurezza dell'amore". La libertà è che tu non puoi prendere il posto dell'altro, la libertà è che tu accetti che qualcuno interagisca con te ed è al di là della tua volontà. Nella Bibbia questo spazio, nelle relazioni sessuali come nelle relazioni spirituali, è la libertà. Se tu travalichi questo spazio, non c'è la relazione. Ecco dunque che la relazione ci rende grandi,

ci rende adulti, ci rende capaci di mantenerci in noi stessi.

E quante relazioni sono realmente libere? È difficile avere relazioni veramente vitali. Ci sono tante unioni in cui l'uno o l'altra copre completamente lo spazio del partner. Oppure ci sono relazioni in cui io ho talmente bisogno di te che io non riesco a mettermi in relazione con te ma ti sono completamente sottomesso. Se io ho bisogno di te come il bambino ha bisogno della madre, io non sono libero, il bambino non è libero. Se io ho bisogno di te perché mi mantieni, allora non sono libero. La libertà è lo spazio di azione, di relazione, fra due soggetti speculari.

#### **4. L'etica emerge dalle storie che la Bibbia racconta.**

La Bibbia non è un trattato, è il racconto di esperienze dalle quali ognuno trae l'insegnamento di ciò che è giusto e di ciò che non è giusto. Betsabea, viveva di fronte al palazzo del re Davide e suo marito era partito a far la guerra. Un pomeriggio faceva il bagno sulla terrazza della casa. Il re Davide vede questa donna, si fa comandare dal suo istinto, e ordina di andare a prenderla. Nel giro di cinque minuti questa donna arriva, nel giro di un quarto d'ora tutto finisce. Rimanda la donna a casa e qualche giorno dopo arriva la servitù a dirgli che Betsabea è incinta. Il re Davide poteva prendere tutte le concubine che voleva ma non le mogli degli altri. Questa è l'etica biblica. Travolto da questo istinto il re Davide è spinto a commettere tanti altri crimini, perché arriva a far uccidere il marito di Betsabea. Sono storie in cui non c'è relazione, la donna non è per niente un essere spirituale, è una bella donna che fa il bagno. Quindi dove nasce l'etica?

C'è una altra storia tremenda che racconta la Bibbia. Un levita, un sacerdote dell'epoca, sposato, parte per un viaggio, e viene ospitato in un villaggio da un uomo buono. Ma alcuni abitanti del villaggio vogliono approfittare dell'ospite. Una violenza di maschi su maschi non era omosessualità ma una violenza che infrangeva la legge dell'ospite. E allora che fa l'ospitante, dice "guardate, ho delle figlie ancora vergini, prendete quelle". Ma questi non si convincono, vogliono assolutamente violentare l'ospite, e allora l'ospitante dà sua moglie che passa tutta la notte con i violentatori e al mattino non si alza più perché era morta. La Bibbia non ci risparmia queste storie ma mostra come le relazioni sono vitali, cioè questione di vita o di morte. E le relazioni hanno nel corpo il loro più grande teatro.

Noi siamo corpo. E il nostro corpo ci può dare la vita o ci può dare la morte. E il nostro corpo può dare la vita o può dare la morte al nostro partner. Si gioca moltissimo. Il corpo dell'amante è come il corpo del neonato o del morente. Quando amiamo siamo inermi. Quando ami qualcuno volendo ti può far male, ti può uccidere ed è una condizione inerme che è fra i fondamentali della vita umana, come nascere e morire. Perché nascere è un momento di estrema debolezza. La relazione è avere a che fare con un corpo che è sensibile, è delicato, è un velo, che può veramente spegnere o accendere la vita.

## **5. Il Cantico dei cantici è la scuola della relazione.**

Il Cantico dei cantici è il testo dell'eros biblico, si parla di un amplesso, si parla di quello che c'è sotto la lingua, si parla di quello che c'è sotto il chiavistello, una metafora per dire la vulva, si parla

del vessillo, una metafora per il membro maschile. Il linguaggio è esplicito ma è di una spiritualità assoluta. Nella bibbia l'amore va educato, e il corpo è la palestra dell'amore. L'amore non è un istinto, l'amore si impara. Quando manchiamo dell'educazione sessuale non alfabetizziamo il nostro corpo all'amore fisico, per cui poi uno si improvvisa. Anche l'amore fisico si vive male senza questa pazienza dell'imparare. Perché imparare è bello, e soprattutto è compagnia. Non possiamo imparare da soli. Dobbiamo imparare con gli altri.

Il Canto dei cantici parla il linguaggio dei sensi, sono tutti e cinque profondamente coinvolti. Nel Canto dei cantici la relazione sessuale non è l'atto genitale, è molto più estesa.

48

Il primo senso coinvolto nell'amore è l'udito, ascoltare è un atto erotico, la voce ti seduce, la sessualità ti riempie, certi rapporti sessuali sono vuoti perché non c'è ascolto. Io ti ascolto, e la tua voce mi riempie, e io non mi stanco, e desidero sempre. Vivo l'amore come un'estasi.

Il secondo senso è la vista. C'è qualcosa di strano nella vista erotica del Cantico dei cantici, lei, fin dall'inizio, dice "io sono nera". Essere nera era il sintomo di una donna che lavorava fuori, nei campi. Chi sta dentro e non prende il sole è bianca. Io sono scura dice lei, ma sono bella. Vuol dire che la bellezza non è il requisito per essere amati. Io sono stanca, ma sono bella. La bellezza non è la simmetria, la bellezza in amore non è un fatto oggettivo, la bellezza te la danno gli occhi di chi ti ama. Ti rende bella perché tu sei la sua amante. Nell'amore i tuoi occhi lo vedono bellissimo. C'è un amarsi in ogni dettaglio. Perderci tempo a guardarla, senza toccarla, ve-

der l'altro così bello che basta. Nell'amore l'uomo e la donna sono ciò che vedono. L'estetica è importante. L'estetica è la bellezza, l'armonia, la distanza da riempirsi, è scoprire nell'altro tutto quello che manca. Il tuo viso è quello di una rosa, per cui ho bisogno di te. Nella visione estetica le cose non sono funzionali a nulla, ma sono una contemplazione della bellezza. Per descrivere la bellezza di lei o di lui, il Cantico dei cantici chiama a concorso tutta la creazione: i tuoi denti sono come un gregge di pecore tosate che esce dal bagno, il tuo collo è come una torre d'avorio, i tuoi seni come grappoli, il tuo mento come un mucchietto di grano. L'amore diventa un'esperienza di armonia col mondo.

Il terzo dei sensi citato dal Cantico dei cantici è l'olfatto. Non c'è bellezza nè amore senza odore. L'olfatto è un senso di tutti. Quando il suo popolo offre l'incenso ad un re, arriva prima della vista, prima della voce. Quando nella Bibbia si dice "allungo il naso", vuol dire che si diventa buoni, misericordiosi. E Dio fa tutto quello che Israele gli chiede quando è accompagnato dal profumo dell'incenso. E il Cantico dei cantici canta che il tuo profumo è come il cinnamomo, il tuo profumo è la quintessenza di ogni profumo. Tutti i profumi sono il profumo di te.

Poi vi è il gusto, olfatto e gusto vanno insieme. C'è il paragone spesso con il vino. Le tue bellezze sono dolci come il vino, anzi "più dolci del vino". L'eros e il vino curano la vita. Sono queste le cose che seducono. L'amore ha una dolcezza che lo fa simile al vino. Perché nel vino c'è qualcosa che spegne la coscienza, nell'amore si accende la coscienza.

Paradossalmente il senso meno coinvolto è il tatto. Paradossal-

mente perché, per il Cantico dei cantici, in un eros così forte, in un amore così vero e profondo, si ha poco bisogno di tatto. Il coinvolgimento totale dei sensi produce un autentico stato di ebbrezza fino a stordirci, un irrinunciabile, ineffabile piacere, una inquietudine quasi divina.

Conoscere per godere è una via da percorrere, c'è una possibilità di conoscere, essere pienamente soggetti liberi e coscienti. Si azzera il possesso, e ci si apre alla fecondità. Il nostro corpo, con la mente, l'intelligenza, l'amore rende intelligenti, rende operosi, la relazione è vitale perché l'amore è costruttivo, non è distruttivo.

**/parte seconda**

**LA CASA ALLOGGIO**

# Affettività e sessualità degli ospiti: implicazioni e ricadute sulla Casa Alloggio

*Giuseppe Taddeo*

psicologo

52

Non è facile affrontare il tema dell'affettività e della sessualità degli ospiti nel contesto di Casa Famiglia: a differenza di altri temi in cui l'oggetto di osservazione è l'altro – ovvero l'ospite – in questo caso il richiamo alle nostre mappe valoriali, alla nostra personale morale e al giudizio inevitabile che attribuiamo ai comportamenti sessuo-affettivi è ineludibile.

Dopo anni, finalmente, si impone la necessità di capire cosa gli ospiti ci chiedono o non ci chiedono su questi fronti, quali ricadute nella vita di comunità producono le loro personali vicende - sul piano affettivo e sessuale - e quali interventi le case operano come risposta alle problematiche ad esse legate. Vivere in Casa Famiglia significa per molti ospiti dover stabilire un confine netto tra la sfera dell'intimità emozionale, sentimentale e sessuale e il contegno atteso dalla comunità stessa. Tutto si gioca nell'equilibrio delicato tra la agognata privacy e la messa in gioco nel circuito delle relazioni

strette connesse al vivere insieme, nel bisogno di custodire sentimenti e vicende per natura privatistiche e la necessaria condivisione con gli altri.

La questione di partenza è se farsi carico di tali questioni rientri nel coacervo delle competenze di servizio, se la casa, al di là dei processi assistenziali e terapeutici, abbia o meno una sorta di mandato sulla sfera così personale in cui in primo piano si colloca la tematica della sessualità. Eppure, qualunque sia la risposta, le ricadute di ciò che l'ospite vive ed agisce, comprime o esplicita, sono notevoli nel circuito della convivenza comunitaria. Molte, infatti, sono le circostanze in cui l'Equipe è chiamata a intervenire, a contenere, a supervisionare nei casi in cui un ospite intreccia relazioni ritenute non idonee e appropriate: a dimostrazione quindi che il coinvolgimento di tutti nelle scelte altrui è parte integrante dello stare insieme, seppure nel gioco delicato del principio del rispetto della privacy.

### **La connotazione sessuale dell'AIDS**

L'AIDS è una malattia a forte connotazione sessuale, non solo perché la gran parte dei contagi avviene appunto per questa via appunto ma anche per la percezione comune che a questa modalità attribuisce il rischio maggiore per se stessi. Il binomio AIDS-sessualità è indissolubile nel senso comune ma anche nella esperienza personale di coloro che hanno scoperto di essere affetti dalla infezione dopo esperienze sessuali "a rischio", spesso confuse e incerte nel ricordo a posteriori, come possibili cause della malattia. Anche gli spot delle campagne di prevenzione poggiano il loro

messaggio persuasivo e di sensibilizzazione su una vita sessuale protetta e responsabile, come rinnovo, quindi, dell'accostamento indissolubile della malattia al sesso.

Fin dalla sua comparsa, la malattia si è addirittura prestata a occasione storica di revisione dei comportamenti sessuali, della sessualità in senso ampio e delle morali annesse. In una logica moralizzatrice, la dinamica sessuale ne è risultata, soprattutto negli anni '80-'90 in cui imperava il grosso allarmismo sociale, l'oggetto di discussione privilegiato perché si operasse socialmente un contenimento delle condotte sessuali, degli orientamenti sessuali (per qualche anno trionfava la credenza che la malattia riguardasse esclusivamente le persone omosessuali), delle scelte imputate di pericolosa trasgressione morale. Ne è conseguito, per il senso comune, che la persona con AIDS è anche un "malato di sesso malato" e vettore essa stessa di una ulteriore espansione sociale del problema.

Siamo convinti, del resto, che la dimensione sesso-affettiva è parte integrante della natura umana e che non si può dissociare dalla condizione di benessere di tutti. Ospiti compresi, nonostante la malattia e gli effetti invalidanti da essa prodotti. Ecco perché nell'accoglienza in Casa Alloggio diviene indissolubile accogliere la persona in una accezione totalizzante in cui un peso notevole può e deve avere anche il suo vissuto e i suoi comportamenti nella sfera sesso-affettiva. Lo abbiamo visto molte volte: con il ripristino di una condizione psico-fisica dopo un certo tempo dal suo ingresso, i bisogni riaffiorano, le pulsioni sessuali riemergono comportando per l'ospite la scelta più opportuna nei confronti della Equipe di cui ha percepito magari aspettative e possibili disapprovazioni.

## Rapporto tra autosufficienza e desiderio sessuale

Il peso che ha la affettività e la sessualità nella economia psico-fisica dell'ospite è proporzionale alla sua percezione del declino fisico, alla progressività della malattia: più ci si sente nella fase discendente, maggiore è il disinvestimento in questi ambiti, poiché le priorità sono altre: la possibile sopravvivenza nel futuro, la sofferenza fisica (disturbi, dolori, malattie insorgenti), la percezione della morte imminente e della riduzione totale delle facoltà fisiche. Non è di per sé un fattore inibitorio la semplice riduzione di autosufficienza. Lo abbiamo visto nelle persone che, pur non più autonome, di fatto esprimono desideri e bisogni di tipo affettivo e sessuale che per alcuni paradossalmente sembra quasi spiegare una acuta intensificazione dei bisogni e delle fantasie frustrate dalla realtà che non concede grandi opportunità. Non è il dato tangibile della perdita di autonomia ma è il vissuto soggettivo dell'ospite che, se pervaso da angoscia di morte totalizzante, non dà spazio al desiderio e al bisogno sessuale. L'eros è quindi proporzionale al thanatos; la propensione al sesso e alla relazione affettiva è, in altri termini, direttamente connessa al margine di messa in gioco concessa dalla prospettiva di vita o di morte.

Rimane logico che maggiore è l'autosufficienza e più grande è la ricerca di realizzarsi su questi piani. Il recupero pieno di se stessi, nel migliore dei casi, attutisce ogni possibile resistenza e freno nell'immaginarsi in una relazione sesso-affettiva, specialmente se si è nella condizione di poterla agire fuori dalla Casa Famiglia. Tanto più ci si sente autonomi.. tanto più ci si può pensare ancora nella probabilità di intrecciare nuove relazioni o di vivere momenti al di là del fantasma della malattia. Saranno, in questi casi, il timore e la poca

stima di sé che potranno generare blocchi e freni, producendo una conflittualità non facile tra l'apparire fisicamente come un tempo ma ancora “malati” nella immagine che si ha di sé.

### **L'importanza specifica per la persona con AIDS**

Per l'ospite due sono gli interrogativi di fondo: “sono ancora amabile?”, “posso essere ancora scelto in questa condizione di malattia conclamata?": la prima domanda attiene a quanta autostima residua vi è, la seconda all'immagine di sé che viene rimandata agli altri.

La posta in gioco è intanto la percezione della propria immagine corporea, da cui dipende la taratura della autostima: quanto la malattia si è iscritta nel corpo? Quali effetti ha prodotto? Quali invalidazioni? Quali disabilità ha prodotto la progressione del virus? Dimagrimento, accumulo di masse adipose, problemi dermatologici e tangibili nella loro visibilità innegabile: alcuni tra i fattori che incidono nella percezione di se stessi e nella immagine riflessa nell'altro.

Gli stessi farmaci producono forti ripercussioni nella dimensione sessuale: dall'inibizione del desiderio stesso alla compromissione delle funzioni genitali con tutti i possibili effetti che rendono problematica l'esercizio della sessualità.

## Tra segreto ed esternazione

La dimensione sesso-affettiva di fronte alla casa impone all'ospite una scelta di fondo: dirlo o non dirlo agli operatori? La domanda elude le semplici parole e la mera narrazione perché, nel caso, sono le stesse emozioni che occorre smorzare o piuttosto lasciarle fluire all'esterno.

Quando scatta la percezione sottile di quanto non sia possibile e conveniente l'esternazione del proprio vissuto e la visibilità dei comportamenti sesso-affettivi, la scelta è di viverli l'esperienza indicibile come un segreto stretto, da tenere in riserbo, da viverli per se stessi con la ruminazione emotiva che non deve assolutamente essere svelata a nessuno. Al massimo lo si può condividere con qualche ospite se ciò condiscende l'esperienza di un alone di compartecipazione, complicità e riserbo pieno.

La disapprovazione presunta e il sentore di una non condivisione, se non addirittura una reazione ostacolante e oppositiva da parte della Equipe, portano inevitabilmente a contenere per sé ogni possibile segnale di svelamento di sé nel rischio di dover dar conto di quanto sta accadendo. Pena un giudizio negativo, una dissociazione degli altri, un ennesimo problema nella comunità e con la comunità.

Che si tratti di un ricorso episodico a rapporti mercificati o di un vero e proprio innamoramento verso persone sicuramente non gradite dalla Equipe, la scelta di tacere risponde al bisogno di limitare i disagi e i danni possibili. È una scelta di comodo che nulla toglie all'esercizio dell'esperienza stessa, più facile, senza il controllo e gli additamenti degli operatori, fuori dai confini della casa; in casa

deve vigere l'assoluto segreto da custodire gelosamente.

La questione di “dirlo-non dirlo” è per qualcuno una dimensione personale con cui si è fatto i conti già in passato, quando la posta in gioco era un tempo lo svelamento di sé: come malato di AIDS, come persona con una diversa identità sessuale non ancora dichiarata. Ma anche nel presente, la rivelazione di sé come persona potenzialmente infettante porta con sé la necessità dell'interrogativo se sia opportuno dichiarare il proprio stato clinico. Dirlo-non dirlo alla comunità, pertanto, riattiva le strategie di coping sperimentate e rimodulate oggi dopo anni in cui si vive nello statuto della malattia.

58

Molte volte, quando l'ospite è pervaso da emozioni positive per un innamoramento importante o per una esperienza episodica che innalza l'autostima personale (“sono ancora una persona in grado di vivere certe cose”), il bisogno della condivisione con l'Equipe è forte, importante. Non serve sopprimere alcunché di quanto si sta finalmente sperando. Costi quel che costi. L'emotività trasuda da tutti i pori, non può essere nascosta, né a se stessi né agli operatori con cui si ha il rapporto migliore. È una immagine positiva di sé che si vuole rimandare all'esterno, perché ciò neutralizza ogni spinta depressiva e il rischio che la malattia offuschi ogni possibile rifiorire del solo desiderio: è la vita che riemerge nel suo massimo entusiasmo che trova rinforzo nell'essere amati e nell'amore.

Tra provocazioni volute e confessioni vere e proprie in un clima di fiducia e alleanza con l'operatore molti ospiti dicono, raccontano, si svelano nell'intimità delle loro storie attuali.

L'esperienza ci dice che molte persone recuperano il passato e con questo i rigurgiti degli affetti con persone che non hanno al presente più quell'effetto e importanza di un tempo. Gli ex- partner sono spesso il retaggio di un passato sentito più florido e vivo: aggrapparsi al tempo che fu permette di recuperare relazioni forti, seppure oggi depauperate di quella carica erotica e progettuale di una volta. Gli ex partner sono persone che da sole, in un mondo di solitudine, permettono di riedificare l'immagine di sé e quindi di sentirsi ancora amati, nel nome di un amore che di fatto da molto ha finito il suo tempo. Per questo gli ex, quando ancora presenti, riacquistano una immagine edulcorata ed enfatizzata.

Più spesso, invece, le biografie degli ospiti sono segnate da fallimenti affettivi, da esperienze difficili in questi ambiti, da condotte sessuali disturbate se non comunque molto poco gratificanti. Molte sono le persone, infatti, che non hanno vissuto la pienezza di un amore importante che non abbia ancora retrogusti amari per cui non vale la pena riesumare dall'antico passato. In questi casi la solitudine è piena, esercita tutta la sua forza violenta.

Il tema della contagiosità è un immediato richiamo per tutti: per l'ospite, proporzionalmente alla consapevolezza di rappresentare un possibile rischio per se stesso e per l'altro; per l'operatore, per la paura che tutto avvenga senza la dovuta responsabilità e i dispositivi precauzionali connessi all'esercizio sessuale. Eppure spesso l'educazione sanitaria nell'esercizio della sessualità con il partner è un ambito di intervento, per l'Equipe, estemporaneo e non dichia-

ratamente parte del processo della presa in carico dell'ospite.

Ma quanto rimane dell'esperienza di essere stati in prima persona oggetto di contagio altrui? Cosa genera la constatazione che proprio una esperienza sessuale ha comportato l'ingresso nel mondo della malattia?

Per qualcuno rabbia vendicatrice che si cela nell'alone della inconsapevole azione di rivalsa, per qualcun altro un vittimismo di sé che offusca la percezione di trainare nella propria sorte altre persone, per qualcun altro ancora l'insorgere di un senso pieno di responsabilità che mette in primo piano i rischi connessi alla sessualità fino a dotarsi di strategie e strumenti di contenimento della possibile propagazione della malattia.

Nella casistica le scelte comportamentali si registrano nella gamma di 3 possibili livelli:

- La rinuncia all'esercizio della sessualità, cioè la sublimazione di ogni pulsione sessuale;
- Il ricorso all'auto-erotismo
- La sessualità relazionale, cioè nei confronti di un partner.

### **1. La scelta dell'"ascetismo" ovvero il diniego del bisogno sessuale**

È la scelta più radicale, in cui si arriva al totale annientamento del desiderio sessuale e di ogni sua possibile espressione. L'ingresso in Casa Famiglia innesca un tracollo della pulsione sessuale costringendo la persona alla soppressione e allo svanimento di ogni bisogno. In molti casi, la rinuncia era da tempo una scelta consolidata: inconsapevole forse, spontanea nel suo inverarsi come l'unica op-

zione possibile. Quando l'immagine di sé è profondamente deteriorata sia perché l'ospite arriva a sentirsi malato e fonte di propagazione del problema sia per la rinuncia a esporsi ancora agli altrui rifiuti, alle fughe, ai giudizi insopportabili, non rimane che annullare ogni attrazione sessuale, ogni desiderio, ogni possibile tentazione ed evitare così anche la minima occasione per sentirsi inadeguati, preda di una intollerabile frustrazione e pericolosamente fonte di potenziale contagio.

La sessualità richiama a sé immediatamente la condizione di sieropositività e per evitare la realtà di quest'ultima si opta per una revoca quindi del desiderio sessuale tout court: è il trionfo del meccanismo difensivo della rimozione che, per la sua efficacia, consente alla persona di sfuggire al rischio di trasmettere potenzialmente l'infezione ad altri e di tutelarsi dalla frustrazione di altri fallimenti. La rimozione, come tutti i meccanismi di difesa, assolve ad una funzione adattiva ad una realtà troppo dolorosa: quando di fronte ad un problema di difficile gestione si ha una grossa crisi, la "fuga emotiva" da esso consente di aggirare l'ostacolo e il problema è così momentaneamente evitato. Il dato che ne consegue è la cessazione di ogni spinta al comportamento sessuale, di ogni desiderio, l'offuscamento delle fantasie sessuali e quindi il bisogno di qualunque esercizio fisico che trasuda di problemi per sé e per l'altro. La rinuncia, nonostante tutto, appaga, distende. Il bisogno sessuale viene santificato e con esso dissolti i rischi di una sessualità difficile e altamente problematica. Meno l'ospite ci coinvolge nella sua ricerca di realizzazione sessuale, minore è il coinvolgimento, come operatori ed Equipe, in una tematica che può sollevare forti contraccolpi sul piano personale.

## 2. Il ripiego su se stessi e il trionfo dell'autoerotismo

Una possibilità concreta rimane a molti: il ritorno alla pratica masturbatoria, attività centrata su se stessi che sottende sostanzialmente il ritiro dalla sessualità etero-agita. Il bisogno sessuale viene bloccato non appena si esprime verso un possibile partner, sia pure solo immaginato. Così si impedisce che si faccia danni ad altri, che si metta in gioco la incontrollabile forza propagativa della malattia che rischia di coinvolgere altre persone nel medesimo destino. L'auto-erotismo confina il desiderio entro la propria persona e la sessualità nell'ambito della propria corporeità. Permane quindi vivido il desiderio sessuale, il bisogno sessuale e lo stesso esercizio fisico della sessualità, senza tuttavia i rischi a cui espone il contatto con un'altra persona.

L'esperienza masturbatoria dell'ospite, consumata nel proprio ambiente protetto della Casa Famiglia, rimane per questo lontana dalla percezione degli operatori. Magari immaginata e percepita, dedotta e capita ma sostanzialmente relegata alla intimità dell'ospite senza alcun problema per gli altri.

## 3. La sessualità relazionale: chi è il partner? Le reazioni della casa

In Casa Famiglia ogni emozione che si avverte nel proprio intimo assume, di fronte agli altri, la valenza di "emozione cooperativizzata" che costringe alla visibilità e alla esternazione dei propri vissuti. È difficile trattenerle per sé, impedire che vengano colte dagli altri. Ogni aspetto innescato dalla spinta sesso-affettiva rischia di non essere confinato a se stessi ma, nella dinamica della convivenza

di gruppo, si trasmette facilmente a tutto il contesto comunitario. Ognuno percepisce, intuisce, si accorge e magari chiede e sentenza. Anche esternarlo solo a qualcuno della Equipe contiene in sé il rischio che presto diventi di pubblico dominio, perché, si sa, la logica degli operatori è quella della condivisione di tutto ciò essi conoscono e apprendono in casa.

Per l'operatore che l'accoglie, la rivelazione di una vicenda intima e personale da parte di un ospite è un attestato di alleanza personale e di fiducia elevata che non deve comunque rimanere suo privilegio esclusivo: nell'appartenenza alla Equipe tutto ciò non può non essere condiviso, analizzato e discusso, anche nell'ottica di trovare finalmente chiavi di lettura a qualcosa che stonava e non era altrimenti spiegabile. Il dovere deontologico di mettere al corrente l'intera Equipe su ciò che sta accadendo all'ospite e quindi alla comunità intera è in primo piano. Specie se la vicenda che sta emergendo prelude a possibili e problematici sviluppi e ricadute per tutti. La condivisione con gli altri operatori e con il responsabile può innescare nell'ospite un senso di tradimento e di delusione per il fatto che la propria confessione è passata di mano in mano, da operatore a operatore. Di fronte a tutta la Equipe, ora la vicenda personale rischia di essere violata nella sua intimità.

Per l'Equipe, di fronte ad una vicenda che porta con sé il rischio di forti problemi, la domanda di fondo che deve dettare un eventuale intervento è se ciò rappresenti un possibile terreno di condivisione e di progettualità con l'ospite *versus* una divergenza e una possibi-

le conflittualità. Nella metafora familiare, la posizione degli operatori richiama alla memoria il ruolo genitoriale, chiamato a pronunciarsi sulle vicende degli ospiti-figli arrogandosi il rischio di configgere con il coinvolgimento emotivo e sentimentale di questi ultimi quando si avverte a repentaglio l'equilibrio del vivere insieme.

Quale posizione prendere? Quanto è a rischio l'armonia della comunità? Quale consapevolezza e senso di responsabilità sta esprimendo l'ospite? Quanto è giusto intervenire nella dinamica personale di un ospite e, se sì, per quali motivi?

La casistica dice che la sessualità relazionale riguarda:

64

- l'operatore/volontario:

La ricerca del partner viene confinata nello spazio della casa e orientata al gruppo degli operatori e dei volontari nell'esercizio dell'offerta di attenzioni, di cure e di premure che riempiono i vuoti affettivi. Proprio in casa, dove la prossimità della vicinanza, la quotidianità della frequentazione e l'intensità del rapporto costituiscono presupposti per sentire emozioni forti e intese a portata di mano. Nessun pregiudizio da parte loro, nessun rischio di rifiuti per la malattia in sé: solo essere centrati sull'esercizio del ruolo di operatore costituisce l'ostacolo quando si avverte il desiderio dell'oltre.

La relazione affettiva e/o sessuale tra ospite e operatore è per tutta la Equipe uno smacco nella sua struttura di competenze e professionalità, nell'unità del gruppo di lavoro ora minato dall'interno della casa e per questo minacce possibili alla stessa casa.

L'operatore rivela finalmente le sue fragilità e con esso tutta la Equipe di lavoro che vede lesa la sua forza e la sua unità e si sente divisa tra chi sa e chi non sa, tra chi si è accorto e chi rimane ignaro di fronte al consumarsi della minaccia.

I confini della Equipe non garantiscono più nessuna salvaguardia, perché i segreti degli operatori sono ora a repentaglio, messi in balia di travalicare lo spazio relazionale degli operatori e di arrivare direttamente quindi agli ospiti. Si struttura nel vissuto degli operatori una condizione di impotenza e di passività, di allarmismo e di pregiudizio crescente, di censura di ogni argomentazione che faccia riferimento a ciò che ancora non è stato ufficializzato. Il “non detto” protegge il segreto, allontana il rischio di dover apertamente scoperciare un aspetto della dimensione di Equipe che altrimenti genera forti tensioni piuttosto che orientare a soluzioni possibili: sono questi i registri con cui gli operatori in questi casi si interfacciano.

- altre persone con infezione da HIV

Per molti ospiti la relazione con un partner con infezione da HIV è rassicurante, perché “tra pari” nel problema. Non comporta il rischio del rifiuto sempre possibile con altri: se entrambi sieropositivi per HIV, si evitano le problematiche e le dinamiche di una relazione in cui il peso dell'infezione sarebbe intollerabile.

- il ricorso a episodi di relazione sessuale mercificata, che deve essere giocata fuori dai confini della casa, taciuta, esclusa dal rischio di essere captata dagli altri. È comunque una personale e

microprogettualità comunque, l'espressione di vitalità che vuole contrastare la dimensione mortifera della malattia, oltre alla stessa frustrazione che molti ne riportano dopo.

- partner con disturbi psichici o condizioni molto critiche

Si può ragionevolmente presumere una grande probabilità che l'ospite intrecci una relazione sesso-affettiva con una persona, esterna alla casa, che esprime forti problematicità. Una grande probabilità, se si pensa che gran parte delle persone nelle nostre case hanno forti deficit nella capacità cognitiva, una scarsa lucidità e un basso senso critico rispetto alle loro potenzialità relazionali. Senza dire, ancora una volta, la devastazione emotiva del sentirsi malati e inadeguati altrimenti. Non rimane loro che indirizzarsi verso persone nella medesima condizione di grande problematicità: sul piano cognitivo, comportamentale o comunque ai margini. Una sorta di attrazione fatale nel disagio, che accomunando le persone, crea i presupposti per una relazione malata e con piena disapprovazione dalla Equipe. Per gli operatori è un ennesimo smacco, pronti a vivere il senso di fallimento dei propri sforzi e impegni educativi e di risollevarmento della persona, che li ha portati ad immaginare, illusoriamente, uno slancio diverso e migliore. La delusione e la preoccupazione di fronte ad una relazione che spiazzata tutti e che cela forti implicazioni e minacce per l'equilibrio dell'intera comunità equivale quasi al "buco" di altri ospiti: in entrambi i casi gli operatori esperiscono un senso di impotenza. Scattano allora i dispositivi per porre rimedio alle minacce di una relazione disapprovata da tutti:

- la censura, il blocco, il tentativo di interrompere quanto sta accadendo, attraverso l'imposizione all'ospite di non uscire, il veto alla frequentazione del partner
- l'osservazione acuitizzata e la ricerca costante di indizi che permettano di verificare la veridicità dei sospetti di fronte al non detto dell'ospite coinvolto e di ricostruire l'entità e la portata del problema/minaccia
- i tentativi inutili di dissuasione e di motivazione a porre fine, attraverso pazienti colloqui volti a creare inverosimile consapevolezza e condivisione nell'ospite, rese difficili dallo slancio emozionale di quest'ultimo, comunque in primo piano
- la minaccia di espulsione

Per l'ospite, consapevole di non avere l'approvazione in casa, scattano le strategie di gestione in proprio della nuova relazione: fughe, bugie, omissioni, piani nascosti per incontrare il proprio partner. Troppe volte lo abbiamo visto e del resto come biasimare una persona che non può approdare a piani diversi di relazione e che comunque non può perdersi la casa?

- La sessualità responsabile

Alcuni ospiti mantengono vivo e attivo il desiderio sessuale e il bisogno di una fusione sessuale ma all'interno di una "assunzione piena di responsabilità". Ciò presuppone un livello di maturità e di capacità tali per cui arriva a gestire adeguatamente i problemi connessi: uso del profilattico, capacità di elaborazione delle dinamiche di una relazione "a rischio", riconoscimento delle proprie paure e dei propri atteggiamenti. A monte vi è la convinzione che il proble-

ma è dominabile e contenibile e che la malattia, se rispettati certi limiti necessari, non è sufficiente di per sé ad allontanare due persone che vivono ancora il bisogno di unirsi e fondersi fisicamente. La constatazione di un atteggiamento responsabile e maturo da parte dell'ospite è per gli operatori la certificazione del lavoro svolto, la restituzione di un percorso in cui tutti hanno avuto un qualche ruolo educativo e rieducativo. Nella metafora familiare, il figliolo dalla sana condotta è riconducibile alla sapienza dei genitori. Così l'Equipe si riempie di possibile gratificazione.

· La scelta del “libertinaggio”, ovvero la sessualità irresponsabile  
Qualcuno tra gli ospiti esprime una inclinazione a relazioni malsane, promiscue, al consumo sessuale fine a se stesso o addirittura dal carattere compulsivo: quale senso di responsabilità nell'ospite in assenza di precauzioni e capacità di consapevolizzare i rischi sanitari?

In molti casi il rapporto sessuale è agito senza alcuna precauzione che limiti i rischi di contagio o di re-infezione per se stessi. La sessualità è vissuta senza alcuna responsabilizzazione o controllo che tuteli tutti da ulteriori danni dell'infezione. La sessualità è agita nell'esercizio pieno dell'impulso fisico, al di fuori di qualunque ragionamento, interrogativo, senso critico sulle possibili conseguenze per ciascuno. Il bisogno sessuale è liberamente soddisfatto nella sua espressione più naturale: senza ostacoli o condizionamenti psicologici di sorta.

Anche l'uso del profilattico è declinato con convinzione poiché esso rimanda immediatamente al motivo del suo utilizzo: la malattia e il sentirsi “malati”, una condizione che certamente disturba e

che si vuole escludere dalla propria consapevolezza.

Il profilattico non è solo un elemento artificioso che inibisce il piacere sessuale e che disturba l'intimità di coppia. Non è solo una barriera che impedisce il contatto fisico diretto tra i partner. Esso soffoca il piacere, può far percepire i partners estranei e distanti, ma oltre a ciò, e a ragione prioritaria, un'altra motivazione ben più grande bandisce la possibilità del suo utilizzo: la malattia e l'essere malati. A essere messa al bando è l'equazione che si cela dietro il suo utilizzo: la malattia "impone" il profilattico e il profilattico rimanda direttamente alla malattia. La necessità del suo uso è ulteriore conferma e dimostrazione della presenza dell'infezione: per questo si arriva a rifiutarlo, a ignorarlo, a eliminarlo dalla possibile contrattazione con se stessi e con l'altro.

Se l'esperienza sessuale è agita fuori dalla casa nei confronti di partners sconosciuti e lontani, l'interrogativo per gli operatori è se rientri nelle competenze della casa o se occorre invece intervenire nella piena autonomia dell'ospite di fronte alla percepita irresponsabilità. Ma quale educazione sanitaria? Ad opera di chi? Come sollevare la questione al di là dei propri schemi valoriali? Come intervenire nei confronti dell'ospite che anche su altre questioni mostra compulsività e irresponsabilità?

### **Amore, sesso e internet**

Non si può non fare un accenno agli effetti di internet. L'uso facile di social network e la disponibilità piena di navigare nella rete può facilitare rigurgiti sessuali e bisogni affettivi. Tutto si consuma nella sfera del virtuale, protetti nell'intimità della propria stanza senza

alcun effetto sul resto della comunità, anche quando si ricorra alla pornografia on line. La letteratura su internet è ormai esaustiva sulle possibilità che offre e sui diversi usi delle chat che sono ormai pienamente disponibili per gli ospiti delle case alloggio. La ricerca nel virtuale sollecita investimenti emotivi e fisiologici notevoli, seppure limitatamente al virtuale che si comprime prima o poi di fronte al dato di realtà: la sublimazione e l'appagamento momentaneo portano alla costruzione di un progetto idealizzato che deve rimanere relegato al momento, pena la disillusione facile.

Per l'Equipe ciò produce effetti critici qualora dalla chat l'ospite passi ad appuntamenti concreti, a intrecciare relazioni che portano in comunità conseguenze per tutti specie se intrise di problematicità rilevanti. Eppure internet è un diritto acquisito, un elemento che accomuna al resto del mondo, una opportunità di cui nessuno – men che meno l'ospite - può essere privato.

La metafora della famiglia verso i minori riecheggia, in qualche caso, come parametro di riferimento per l'Equipe per una gestione che oscilla tra controllo e permissivismo, fiducia e diffidenza.

## Sicurezza. Affettività, sessualità.

*Leopoldo Grosso*

Psicologo e Vice-Presidente del Gruppo Abele di Torino

L'affettività prima di avere a che fare con l'amore ha molto a che vedere con la sicurezza personale, il bisogno di protezione, la rassicurazione di sé. La sessualità a sua volta, come espressione psicofisica dell'amore, prima di iscriversi a tutto titolo nella costruzione di un legame e di integrarsi con un solido coinvolgimento affettivo nella relazione, ha molto a che fare con la dimensione del piacere. In molte delle case-alloggio che accolgono persone con HIV/Aids si comincia a riacquistare una confidenza con un contesto in cui le relazioni generano sicurezza, suscitano emozioni e sentimenti coinvolgenti, rendono possibile la sperimentazione del piacere: il piacere come "sentinella di vita", come ci ha sempre ricordato Jole Baldaro-Verde. L'itinerario, il percorso che si conduce in molte delle nostre case, è un lento cammino dalla sicurezza al piacere, dalla rassicurazione dell'affettività al risveglio della sessualità, pur facendo sempre i conti con lo stato di salute e l'aggressività della malattia nei suoi vari momenti. Se la malattia, con l'angoscia che genera, non è arrivata ad inghiottirsi del tutto la dimensione del piacere, il "pigiare"

prima ben bene i tasti dell' affettività e della sicurezza rende possibile il riaffacciarsi di parti di sé da tempo desuete, "impensabili risvegli". Negli appartamenti e nelle case dell'Aids la scala dei bisogni di Maslow si ripropone in tutta la sua cruda attualità: la soddisfazione dei bisogni di sopravvivenza e di cura, di sicurezza, di affettività, di riconoscimento in quanto persone, è preliminare a qualsiasi tentativo di riproposizione di sé e prova di autorealizzazione.

Il primo bisogno è quello di sentirsi al sicuro. E' per sentirsi sicuri che molto spesso si sceglie la casa delle persone con Aids, spesso unica alternativa a un ambiente di strada o di esasperata solitudine, in cui i bisogni stessi di sopravvivenza non sono più assicurati. La spinta motivazionale ad entrare nella casa è costituita dal bisogno prevalente di "rimettersi in sicurezza", che richiede alcune rinunce: ad esempio, per alcuni la scelta di lasciare fuori dalla porta la propria ipotetica libertà o le momentanee compensazioni di sollievo fornite dalle sostanze psicoattive ancora perseguibili. La sicurezza ritrovata non è solo quella di poter allontanarsi da un ambiente in agguato per la salute, che mette a repentaglio i bisogni primari, inaffidabile rispetto alle relazioni, che produce uno stato di paura protratta che genera ansia e angoscia. E' la sicurezza fornita da un nuovo contesto in cui si possono fare i conti non solo con le paure generate dalla dimensione esterna, ma anche con quelle evocate dall'interno di sé. Paure che possono derivare dalla percezione e dalla preoccupazione dell'andamento della malattia o che derivano dallo stato di isolamento e dalla solitudine. La solitudine non è ovviamente considerata né tanto meno classificata come malattia: è piuttosto un sintomo o una conseguenza dello stato della malattia; tuttavia

è prepotente generatrice di pensieri inquietanti e di lacerazioni ricorrenti che finiscono per minare ulteriormente un'immagine di sé spesso già frantumata e svilita per le vicissitudini della propria vita.

### **La done affettiva.**

L'affettività della persona che entra nella casa si gioca in tre ambiti, confluenti ma distinti. Due di questi ambiti originano e si proiettano fuori dalla comunità in cui le persone sono ospitate.

L'affettività della persona che entra nella casa è costituita sia dai lasciti del proprio passato che dalla dimensione del presente, interno ed esterno alla struttura. C'è dunque una storia personale, con le vicissitudini delle relazioni precedenti, che si intreccia coi legami attuali segnati dalle aspettative dell'oggi.

La storia personale e i legami antecedenti entrano in casa col vissuto del soggetto, che sono sedimentati in lui: dal suo modo di essere e di porsi può emergere qualche evidenza dei lasciti passati. Ma i legami che sono stati costruiti nel tempo, i legami storici e profondi, al di là delle loro vicissitudini vivono ancora nel presente e talvolta in modo anche consistente. Nella realtà spesso i legami risultano "residuali", e, in qualche situazioni totalmente azzerati,; vivono solo nei ricordi e nelle elaborazioni della persona. Altre volte le relazioni "residuali" consistono in fili sottili che ancora fanno vivere un legame significativo, "patrimonio" della storia della persona, dei suoi anni e della sua esistenza. Su questa dimensione passata della persona, sul suo "recupero" ed elaborazione, quantomeno nella mente del soggetto, la casa alloggio, là dove è possibile, deve puntare molto, producendo un investimento al di fuori di sé stessa e che può risultare

di grande aiuto anche per la gestione delle persone all'interno della casa medesima. Il terzo ambito affettivo riguarda esclusivamente le relazioni che si vivono nella Casa Alloggio: con gli altri ospiti, con gli operatori, i volontari. E' la realtà del quotidiano che permea i rapporti che necessariamente si instaurano, suscita emozioni, bene o male coinvolge e mette in gioco anche le parti più profonde di sé. Più è ridotta l'autonomia del soggetto, più si corre il rischio che intorno a lui l'ambiente si costruisca come istituzione totale, anche al di là delle migliori intenzioni e sforzi degli operatori. In questo caso, come avviene in molte comunità la vita affettiva si concentra tutta nelle relazioni attuali: il fuori è inesistente ed anche le relazioni passate rimangono solo più nel ricordo e nelle sue trasfigurazioni.

74

Il rischio è che la terza area, le relazioni nella comunità, si "mangi" le altre due aree: le "relazioni storiche", se ancora sono presenti e le relazioni che si possono costruire fuori del contesto abitativo. Per quanto aperta, per quanto ci sforziamo un po' tutti, chi più chi meno come operatori, di andare nella direzione di costruire una casa alloggio non richiusa su se stessa e esposta a indispensabili stimoli esterni, la Casa Alloggio rimane il luogo primario in cui si giocano le relazioni e l'investimento su di esse. Perché? Perché è lì che alla fine si passa la maggiore parte del tempo, per di più in un perimetro necessariamente limitato. Ogni comunità per quanto ben attrezzata e collegata, confina la vita delle persone meno autonome in uno spazio assai circoscritto. Inoltre il tempo di permanenza, che si trascorre nelle case alloggio per persone in Aids, è tendenzialmente molto più prolungato che nelle comunità per persone tossicodipendenti: un tempo che non si misura in mesi, ma in anni. E in quel contesto

che si gioca lo spessore della vita affettiva; un contesto che, per quanto tendenzialmente aperto, consente pochi “sparpagliamenti affettivi” al di fuori del suo perimetro, perché sono le persone con cui si è quotidianamente in relazione che alla fine calamitano il coinvolgimento dei sentimenti e talvolta anche l’ “interessamento” di un desiderio sessuale. E’ come se uno facesse, con sette altre persone, un viaggio, non di alcune settimane, ma di alcuni anni, in una barca. Inevitabilmente le dinamiche si concentrano tutte in quell’unità di luogo e di tempo. E’, inevitabilmente, in quel contesto non contaminato dall’esterno che si realizza un percorso affettivo di socializzazione o risocializzazione, di rinnovata “educazione sentimentale”.

### **Le dinamiche affettive all’interno della Casa Alloggio**

Prevalentemente emergono e si evidenziano tre tipi di dinamiche, che cercheremo di analizzare possibilmente con uno sguardo “bipartisan”, da entrambe le parti in gioco, che non sono solo quelle degli “ospiti”, ma anche quelle che coinvolgono gli operatori. La prima dinamica ha a che fare con le persone che “vanno all’attacco” della relazione e che si scontrano; la seconda dinamica riguarda le persone che “si attaccano”, quelle che si legano e non si staccano, che pongono in atto comportamenti di dipendenza ripetuta. Infine, la terza dinamica concerne coloro “non attaccano, né si attaccano”, che non agrediscono la relazione ma neanche sviluppano apparenti legami di affezione e di attaccamento. La prima situazione esprime tendenzialmente una dinamica connessa alle questioni del potere, di autoaffermazione personale come

imposizione sull'altro, con connotazioni marcatamente aggressive. Nelle relazioni di "attacco" gli aspetti più evidenti sono costituiti dalle trasgressioni, le prevaricazioni, la sfida reiterata, a volte l'esercizio della violenza, dove l'altro (ospite o operatore), nella relazione, non è visto come persona ma come oggetto da utilizzare, come strumento da piegare ai propri fini. Non necessariamente l'aggressività assume connotazioni di prepotenza. Si è oggetto di una relazione aggressiva anche quando, come persona, si è manipolati, si viene sedotti, si viene aggirati con un sotterfugio. In tutte queste situazioni la dinamica di potere risponde essenzialmente a tre esigenze. Una è, per così dire, etologica: è radicata nelle caratteristiche del contesto, del nuovo ambiente in cui si è inseriti, rispetto al quale si sente il bisogno sia di difendersi che di "conquistarlo". Entrando nella nuova casa, nel "mio" nuovo ambiente, quell'ambiente deve appartenermi, deve essere sotto il mio controllo, per cui deve poter essere "segnato", deve essere "firmato". Inoltre, sul piano relazionale, devo misurarmi e allo stesso tempo misurare i miei nuovi compagni di viaggio, da una parte gli altri ospiti, e dall'altra, anche gli operatori. Inoltre permane, come motivazione al comportamento aggressivo, un'esigenza di forte caratterizzazione identitaria: ad esempio se si è, o si è stati, "capobranco" nei contesti di piazza, sicuramente si sarà tentati di utilizzare tali modalità per riproporsi e confermarsi nella dimensione in cui più ci si riconosce. Con "quelli che attaccano", l'operatore non è esente dal rischio di ricorrere alle stesse modalità: può accettare la sfida, non tanto sulla prova muscolare, ma sulla logica del potere. All'operatore e all'equipe spetta poi sempre, l'ultima parola e ha pur sempre in dotazione la faticosa frase: "Ti sbatto fuori". L'operatore,

quindi, rischia di andare in simmetria con queste dinamiche, e può difendersi affermando che, invece, la casa-alloggio è il “suo” territorio. Nelle situazioni di conflitto vengono al pettini nodi mai risolti, anche “strutturali” della convivenza in casa. E non si deve dare mai per risolto il conflitto su “chi” gestisce la casa alloggio. In genere si sottolinea che la si co-gestisce, ma chi la gestisce di più? L’effettivo potere di gestione dove viene allocato? L’operatore che apre in continuazione il conflitto, che si fa garante dei comportamenti pattuiti all’ingresso del percorso, l’operatore “rompiballe” che non lascia correre nulla, che in continuazione sottolinea errori e omissioni, non necessariamente si muove con un più di accanimento terapeutico, tuttavia può marcatamente segnare le relazioni sul piano del potere. Come lo usa questo potere? Anche lui può ricorrere a manipolazioni, di cui la più tipica è sull’uso dell’informazione. L’uso discrezionale dell’informazione nella casa alloggio, ciò che si decide di comunicare o non viene comunicato, è inerente alla struttura di potere. Oppure l’annosa questione delle concessioni, delle deroghe ai divieti, della individualizzazione dei permessi, ciò che è consentito fare o meno. Ma il potere si intreccia, inevitabilmente, con l’affettività delle relazioni. Il conflitto educativo non è mera lotta per il potere. Nel conflitto si esprime molta affettività, anche in termini positivi di preoccupazione per l’altro e di prendersi cura. Il rischio è la china dell’ autoritarismo affettivo. Io ti “bacchetto”, ma nel momento in cui lo faccio ti comunico che comunque tengo a te, sono attento a te. E’ un’affettività che non appare, collocata dietro le quinte dell’agire; è un’affettività impastata con l’ordine della casa che in qualche modo deve essere garantito e rispettato nella convivenza in comunità,

senza il quale è difficile una condivisione generativa. E' l'affettività che pure è presente in coloro che affermano:” il programma è questo “, “ ti devi adattare alla struttura “, e così via. L' autoritarismo affettivo può pervadere una struttura di tutela, può costituire la “ linea “ della comunità, come può costituire la caratteristica di un singolo operatore, che viene poi riequilibrata dal gioco delle interazioni dell'equipe e dall'atteggiamento degli altri componenti dello staff.

Nei comportamenti di “quelli che ti si attaccano e non si staccano” non appaiono dinamiche di aggressività, ma di dipendenza. In queste situazioni l'altro non è più un oggetto su cui esercitare potere, ma l'altro diventa l'aria indispensabile senza la quale ti sembra di morire. Quindi l'altro come protesi, come parte indispensabile di me stesso. Anche in queste situazioni ci soccorre un'interpretazione antropologica che proviene dalla storia dell'umanità, allorchè i primi cuccioli umani si configurano come animali neotenici che nascono anticipatamente e prematuri, prima di tutti gli altri esseri della specie animale. La nascita neotenica si configura come un parto prematuro, per cui il neonato, per arrivare all'autonomia personale, prima di non avere più bisogno di un care-giver, dovrà fruire non di mesi, ma di anni e anni di accudimento. In base alle vicissitudini col proprio care-giver, la dipendenza si può strutturare come “imprinting” relazionale. Si rimane parzialmente “cuccioli” con un perenne bisogno di più cure e attenzioni, con un bisogno di affettività, intrecciata al legame di dipendenza relazionale, giocata “nel bene e nel male” dei rapporti che si instaurano. Bisogna tenere presente che nei luoghi in cui è “ricoverata” la sofferenza e lo “star male” sono prevalenti, la regressione, o la tentazione di regressione, al ritorno alla dipendenza

costituisce pressochè la regola. E non solo per le persone allettate, che sono costrette quasi sempre al letto. Inoltre poiché la dipendenza relazionale colloca le persone in posizione “down”, con abdicazione di potere quantomeno parziale nei confronti di chi aiuta, la dipendenza non viene mai quasi completamente accettata, perché denota un’inferiorità che dev’essere negata ai propri occhi. Il risultato è spesso la cristallizzazione di atteggiamenti di contro-dipendenza. Un’opposizione che esprime il bisogno di dimostrare la propria in-dipendenza, quantomeno d’opinione e di giudizio. Quando le persone nel tentativo di definirsi, anche rispetto alla casa, scelgono la via dell’opposizione, in una sorta di posizionamento di chi si schiera sempre contro, cercano in realtà di dar fiato a una loro presunta e agognata autonomia che riflette loro un’immagine di una qualche indipendenza. L’altro come nemico-specchio consente di ritagliare un’identità che, per quanto ridotta ad essere “contro”, costituisce un fragile baluardo di sé. Le dinamiche di dipendenza e contro-dipendenza sono continuamente alimentate e “innaffiate” dagli atteggiamenti della quotidianità, nell’appigliarsi ai confronti continui, nel formulare paragoni su paragoni, che scaturiscono dalle inevitabili rivalità, invidie e gelosie della vita in comune.

Anche l’operatore non è esente dalla dinamica della dipendenza. Il primo sintomo sono le “naturalì” preferenze che come persona fa, pur tentando di essere neutrale, tra i vari operatori e ospiti. Non è raro che, tra gli ospiti, molto spesso l’operatore scelga chi si “attacca” di più alla sua figura. Essere scelti come figura di riferimento da un ospite vuol dire sentirsi importante per lui e per sé. E’ questa spesso la premessa per successive derive della relazione che si è chiusa

troppo nel rapporto uno ad uno.

E' l'operatore che deve vigliare sulla relazione e non può permettersi di entrare in un rapporto di dipendenza reciproca con l'ospite, tantomeno per soddisfare il proprio narcisismo. L'operatore si può anche "innamorare" per le caratteristiche complementari che l'altro da sé esprime, complementari alle proprie perché totalmente differenti. Ma, molto più comunemente, si può innamorare "semplicemente" del suo "oggetto di lavoro", sul quale investe tutte le proprie energie e cerca di ottenere i migliori risultati. L'eccesso di attaccamento a un "ospite", da parte dell'operatore denota l'impadronirsi di lui di dinamiche di dipendenza che, tendenzialmente, denunciano sempre la mancanza di qualcos'altro.

80

Ad esempio, se la vita nella comunità rischia di diventare totalizzante, il rischio è alto sia per gli ospiti che la vivono 24h:24h, che per gli operatori che, pur turnando, vi investono la loro vita affettiva! Se la comunità diventa totalizzante per l'operatore, tutta la tua vita mentale, al di là del tempo effettivo trascorso, è riempita dal dedicarsi a quella casa e alle persone che vi sono ospitate, allora emerge un rischio alto di dipendenza. Quello che ne ricaviamo non è più l'autoritarismo affettivo, ma, all'opposto, un eccesso di orizzontalità affettiva: si è troppo pari tra operatori e ospiti, si è troppo amici, mentre si evidenzia sempre la necessità della dimensione della differenza e dell'esercizio di un ruolo che in questo modo viene annullato. Il bisogno di ruolo permane, perché se viene a mancare, viene meno la stessa distinzione tra ospite e operatore, che rappresenta l'atto costitutivo per eccellenza della relazione di aiuto. La relazione di aiuto si scrive nel riconoscimento delle differenze. Io mi rivolgo a te

perché suppongo che tu ne sappia un pò più di me sul mio problema e sia un po' più capace di me nel cercare di trovare soluzioni che io da solo non trovo.

La terza dinamica riguarda l' evitamento: l'altro c'è, esiste ma non mi “tocca”, non mi raggiunge anche se c'è. L'altro, apparentemente almeno, non è indispensabile: le relazioni sono solo superficiali, si condividono attività ed interazioni, ma si tengono le distanze. Infatti per l'operatore il problema si definisce nel tentare di accorciarle, di entrare nella relazione. Sono quelle persone che non aggrediscono l'operatore ma neanche si attaccano. Emerge una sorta di negazione dell'affettività e un investimento su aspetti personali, unicamente utilitaristici o narcisistici. Sono talvolta persone che hanno attraversato esperienze precoci che non hanno insegnato loro la fiducia nell'altro, del quale tendenzialmente è bene non fidarsi, quindi non avvicinarsi troppo perché altrimenti c'è il rischio di rimanere scottati.

Anche in questa situazione può subentrare una specularità nell'atteggiamento dell'operatore, che è un analogo atteggiamento di evitamento nei confronti dell'ospite. E' l'atteggiamento asettico, distaccato, che di fronte a una domanda risponde eludendola, rimandando alla responsabilità dell'altro e alla consapevolezza che l' "utente" dovrebbe sviluppare. In inglese l'espressione “ up to you”, “fai come credi” come ti garba, esprime bene il rispetto della libertà di ciascuno, ma anche un certo disinteressamento dell'altro. Dietro a un apparente rispetto della libertà altrui (“sei tu che decidi”) e un implicito e delicato richiamo a “dovresti sapere cosa fare”, si ha il sospetto che si celi anche una sostanziale indifferenza, un deficit di

empatia e la mancanza di coinvolgimento affettivo.

Questi tre tipi di dinamiche sono tipiche di ogni comunità, di qualsiasi tipo di comunità, e di qualsiasi tipo di case alloggio. Ad esse corrispondono tre trappole emozionali in cui l'operatore rischia di diventare prigioniero, che coagulano la sua reattività. La prima è il circuito della frustrazione e della rabbia, che dà luogo ad agiti aggressivi e che interferiscono col necessario quanto faticoso lavoro di contenimento che gli viene richiesto nei confronti delle tante frustrazioni che vivono gli ospiti. Anche l'operatore non è esente da acting controtrasferali, che significano una perdita di controllo di sé. L'altra emozione, è quella che deriva dalla rassegnazione: è la tristezza impotente che imbocca il cammino della svalorizzazione di sé, della passività e della incipiente depressione da burn-out, e che richiede per l'operatore un continuo investimento di supporto e di stimolo. Infine l'ultima trappola consiste nella oscillazione continua ad "alti e bassi" che, in qualche modo, parte da un entusiasmo e da un forte investimento affettivo e di aspettative, che però vengono deluse, perché finiscono per essere inconcludenti e portare alla disillusione. E' una dinamica continua di picchi illusori e di successivi deludenti riscontri con il reale, che comporta, per l'operatore che intende autoprevenire il naufragio delle proprie oscillazioni umorali, un attento ed esauriente preliminare esame di realtà, che lo preservi da aspettative di "successo" troppo ambiziose. Si tratta di non farsi rapire dai sogni onnipotenti, che possono basarsi su una percezione iniziale idealizzata e sovrastimata delle risorse della persona su cui egli si sente tanto di investire.

Ciò che è importante per l'operatore, ovviamente, è la consapevolezza

delle proprie emozioni, che non ti informano tanto sul cosa sta succedendo e su che cosa tu vedi che sta succedendo ma ti informano soprattutto sul come stai guardando, sul come stai interpretando quello che succede.

L'operatore comunque è dotato di tre risorse in più all'ospite. La prima risorsa in più che gli operatori possiedono è la loro vita fuori dalla casa.

L'operatore non vive la casa per tutto il tempo, stacca, non è 24 h: 24h dentro. C'è tutto un altro mondo che esiste al di fuori e questo gli consente un proprio riequilibrio emotivo. L'altra grande risorsa, in quanto operatore, è la professionalità in tutte le connotazioni in cui dovrebbe essere usata. La terza è l'equipe, che oltre all'intelligenza professionale, fornisce le capacità di tutto il gruppo di lavoro.

### **L'operatore e tre capacità fondamentali.**

La prima può apparire banale e forse scontata, ma se viene a mancare è l'indicatore di una grave deriva. E' la pratica del rispetto. Il rispetto comincia dalla decisione di gestire una casa alloggio coi numeri piccoli, dove le persone continuano ad avere un nome, un cognome, una storia e non sono numeri di corsia. Il mancato rispetto può passare attraverso diversi modi. E' il modo principale passa attraverso l'esercizio di libertà che alle persone è concesso. Su questo snodo ogni casa, ogni comunità definisce la propria "filosofia" stabilendo dove si colloca il confine del limite. A cominciare dal possesso del telefonino. Quando si entra nella casa alloggio: lo si può tenere o no? E' sulla gestione di tutto un insieme di cose molto concrete e banali che le persone costruiscono la percezione di come

ci si sente rispettati o meno.

Se c'è un "no", un divieto, bisogna che sia argomentato e spiegato benissimo, perché sia compreso. Altrimenti può essere percepito come un atto di violenza, una prevaricazione, come una pratica irrispettosa. La libertà è esigenza di autonomia e nella gestione della pratica di favorire lo sviluppo dell'autonomia, si definisce la libertà possibile e si concretizza il rispetto delle persone.

La seconda capacità è la calma, sull'onda del proverbio che asserisce che "la calma è la virtù dei forti". Una calma paziente, che significa rispetto della necessità del tempo di adattamento più o meno lungo che gli ospiti hanno nell'adeguarsi al nuovo ambiente ;una calma che asseconda il tempo di ricerca del nuovo equilibrio sostenibile in quel contesto. Calma, disponibilità e pazienza, dove il verbo attendere prende il posto del verbo pretendere.

La terza capacità è quella della tenacia, di riuscire a non mollare anche quando l'operatore sarebbe molto tentato di farlo.

### **L'apporto dei volontari.**

Il discorso sulla presenza dei volontari all'interno ed all'esterno della casa costituisce un altro aspetto sensibile e dirimente nella gestione delle case-alloggio. I volontari sono in mezzo al guado, tra gli ospiti e gli operatori, sono anche in mezzo al guado tra il dentro e il fuori della comunità, tra la comunità e il territorio.

I volontari sono essenziali in una comunità, perché sono produttori di opportunità, ampliano lo spazio vitale delle persone, rispetto alle attività possibili e rispetto alle relazioni possibili. Tre questioni sono importanti rispetto al ruolo e alla presenza dei volontari.

I volontari sono “affettivi” per definizione, a partire proprio dalla loro motivazione che li porta in quel luogo, qualunque essa sia (ed è comunque utile che venga scandagliata preliminarmente). I volontari accedono senza la “difesa” di un posto di lavoro né la dotazione di una professionalità specifica: sono molto più in gioco, come persone, in prima persona. E’ difficile non rispondere per un volontario alla domanda “perché sei qui?”. E prima o poi un ospite più sfacciato gliela pone. I volontari dispongono di un’affettività “non lavorata” non “addomesticata” dalla professionalità, ma che è “semplicemente il risultato della loro vita e della loro esperienza. Mediamente, la loro affettività risulta più spontanea e più grezza, a seconda dei punti di vista, e, per la ricchezza e per le turbolenze che può esprimere, ha bisogno di un monitoraggio e di un accompagnamento. Il primo obiettivo, quando una comunità investe sul volontariato, sulle presenze di altri da sé (operatori e ospiti), che diano una mano, che abbiano voglia di conoscere e di mettersi in gioco, è di evitare conseguenze negative, effetti iatrogeni, in modo che gli sbagli possibili dell’atteggiamento dei volontari non provochi danni, facendo del male e facendosi del male. Quindi assume una rilevanza molto importante l’accompagnamento che si fa rispetto ai volontari da parte degli operatori, l’investimento sulla formazione, sull’accompagnamento e sul monitoraggio della presenza dei volontari. E’ un investimento che la casa alloggio compie sul valorizzare il “modo d’essere” dei volontari che richiede un impegno di attenzione e di tempo non indifferente da parte degli operatori perché il volontario possa diventare, nel più breve tempo possibile, risorsa compiuta. Ed è un investimento che richiede al volontario

una capacità, che costituisce anche un requisito di selezione del volontario, che è quella di sapersi mettere in discussione. “Se sei permaloso, forse, questo non è lavoro per te!”, perché la capacità di poter portare la critica di chi ti dice:” guarda che stai sbagliando, questo tuo atteggiamento non va bene “, e la capacità di saper reggere la critica costituiscono aspetti fondamentali per svolgere una presenza efficace.

### **La valorizzazione della rete naturale.**

La rete naturale è la rete in cui l’investimento affettivo da parte degli “ospiti” non è con coloro che vivono la casa, e quindi gli operatori ed eventualmente i volontari, nè le altre persone che vivono nella casa, ma sono tutti coloro che, a diverso titolo, conducono la loro vita totalmente al di fuori della struttura. La rete spontanea dei rapporti di coloro che abitano la casa, si suddivide tra i legami che hanno una storia significativa nella vita delle persone, e i nuovi legami che i soggetti riescono a creare fuori dalla struttura. Sui nuovi legami, da favorire, lasciamo parlare il futuro, e concentriamoci sui legami “vecchi”. Diventa importante, anche per l’età che hanno molti ospiti nella casa che ormai non hanno più i genitori, tutto il lavoro di investimento che si conduce con i fratelli e le sorelle.

I fratelli e le sorelle, quando riescono ad essere presenti e intendono essere presenti, molto spesso, svolgono, o perlomeno, pensano di svolgere dei ruoli genitoriali sostitutivi. Alcuni presentano delle modalità problematiche e la loro offerta di aiuto non di rado diventa richiesta di aiuto. Altre volte invece marciano una presenza che si iscrive al “dovere di ufficio” con molta parsimonia e risparmio di

tempo dedicato, tanta prudenza nel coinvolgimento.

Quindi quando si materializza l'attenzione dei fratelli e delle sorelle, che si registrano tra le presenze familiari più probabili, la ricucitura in prospettiva di un rapporto e la prefigurazione di un sostegno nel futuro impegna l'intervento degli operatori che si configura spesso nei termini di una mediazione familiare.

L'altra presenza è quella dei partners conviventi, mariti, mogli, fidanzati/e, regolarmente "ex", talvolta con dei figli generati insieme. Se il conflitto non è ancora aperto, lacerante, o non ha lasciato ferite insanabili, anche grazie al fatto che le persone in Aids siano ospiti della casa, gli ex-partners non sono insensibili ad una qualche forma di dialogo e di eventuale riavvicinamento. L'atteggiamento può essere rifiutante, un rifiuto a volte colpevolizzato, perché i partners, pur non più in preda a rabbia e risentimento, si rendono conto in qualche modo di non voler più avere a che fare con il loro "ex". Talvolta lasciano margine di negoziazione sul ripristino di una qualche forma di rapporto, se vengono comunque rassicurati dagli operatori della casa rispetto a un riavvicinamento cauto e non troppo coinvolgente.

In base ai desideri dell'ospite si tratta spesso di valutare se un legame solo alimentato dai sensi di colpa possa essere comunque significativo ed abbia una qualche possibilità di evoluzione. Se la colpa è legata a un rifiuto che è ancora attuale, gli effetti boomerang di una relazione a doppio taglio possono aggiungere nuova sofferenza per cui se cercare di ravvivare il rapporto o meno quanto faccia bene o male, è sempre oggetto di attenta riflessione da parte dell'equipe.

E' importante che i dubbi di nuocere, pur nelle migliori intenzioni, siano sempre presenti tra gli operatori.

Si incontrano inoltre legami, da parte dei partner che sono ancora chiaramente ambivalenti. Legami in cui le ferite del rapporto sono ancora aperte per un accumularsi di aspettative andate deluse. I partners in questo caso non nutrono forme di rancore, ma evidenziano il permanere di un legame di attaccamento. In queste situazioni si tratta di condurre un lavoro preliminare sull'ambivalenza e di appoggiare il riavvicinamento sui punti di forza del legame. Infine ci sono le situazioni di altri partner in cui il rapporto non si è mai concluso, perchè non solo non c'è stata una rottura ufficiale, ma sono logorati dalle tante vicissitudini subite. I partners denunciano stanchezza, sono appesantiti dal passato e denotano un grande bisogno di pensare a se stessi. In tutto questo lavoro gli operatori della Casa Alloggio necessitano di alleanze per condurre il lavoro terapeutico e di mediazione ed è indispensabile che non vengano lasciati soli.

Il legame più difficile è quello con i figli perché si tratta qui di riuscire a capire con i figli stessi se la relazione è ancora ricostruibile, se e quali eventuali benefici se ne possano trarre, e in che direzione si muovono i desideri filiali rispetto a paternità (talvolta anche maternità) interrotte. Questi due passaggi bisogna compierli preliminarmente. Si riscontra per un verso un desiderio di riconnessione, di rimettere in piedi un rapporto, ma, per altro verso non si possono ignorare tutti i limiti e gli stessi rischi che la riconnessione può comportare (si pensi alla sola problematica dell'adulterizzazione precoce e all'inversione dei ruoli di preoccupazione). Quando il legame sia rivisitabile, e utilmente riattualizzabile, perché le controindicazioni sono " di minoranza"

costituisce una decisione che ovviamente l'equipe non può prendere da sola, ma in collaborazione con tutto il sistema dei servizi coinvolto. Bisogna infine contribuire a ricostruire la capacità di gestire il legame da entrambe le parti. E qui ha inizio un lungo lavoro di monitoraggio e di accompagnamento del rapporto che si instaura.

In queste situazioni la prima capacità dell'operatore consiste nel contattare la persona eventualmente interessata (moglie marito, fidanzato/a, fratello sorella, figlio/a...) perché molto spesso i rapporti sono andati perduti da tempo. La mediazione la conducono alcuni parenti che, avendone ancora traccia, fungono da ponte per l'eventuale ricollegamento, comunque offrono informazioni, mettono a loro volta in contatto con altri "mediatori" più funzionali. Già durante la catena dei contatti inizia la fase della valutazione, ovviamente senza pregiudizi di parte o di sorta. Si tratta di non giudicare perché i familiari, nei diversi ruoli di parentela che ricoprono, ovviamente non rivestono i panni né della vittima né del nemico.

Gli operatori della casa non possono non sviluppare una forte identificazione con i loro ospiti, non assumere in qualche modo il loro punto di vista, non farsi carico dei loro bisogni psicologici. Se non è possibile, né utile azzerrare questo tipo di identificazione, è importante che, con la conoscenza via via più approfondita dei familiari, sviluppino un atteggiamento empatico anche nei loro confronti, qualunque siano le loro scelte. Sviluppare e mantenere una identificazione multipla e sparpagliata contribuisce comunque ad un maggiore equilibrio nella funzione di aiuto della elaborazione dei vissuti al di là di ogni esito di riavvicinamento o meno.

## La sessualità

La sessualità, quando pur nella malattia fa capolino, appare e si afferma, è sentinella di vita. La possibilità di una riaffacciarsi dell'intimità, all'interno di una nuova o ripristinata relazione affettiva, è sempre benvenuta. La sessualità delle persone in Aids è una dimensione che non può essere avvicinata attraverso l'esclusivo approccio della preoccupazione del contagio, come attenzione unicamente rivolta agli altri, senza che ne venga riconosciuta la risonanza personale, col rischio di passare sotto silenzio, soffocata dalla malattia e dallo stigma.

Quando si assiste ad un risveglio sessuale significa che lo stato di salute consente degli spazi per esigenze vitali che non sono solo la sopravvivenza. Quando si sta male il desiderio sessuale è quasi sempre, inevitabilmente, assente. Ma quando il primo star bene non è solo più l'effetto benefico dell'acuzie superata, la sessualità, nel riaffermare il principio del piacere è l'indicatore di un significativo passo in avanti. Lo star bene non è solo l'assenza di dolore, o la riacquisizione di una maggiore autonomia. E' il desiderio di risperimentare i piaceri sessuali, energia che sostiene le relazioni di intimità che, in spirale virtuosa, a loro volta alimentano il piacere sessuale.

Il vissuto di malato, la preoccupazione del contagio riempiono di ostacoli il dispiegamento della sessualità, tante sono le difficoltà e le resistenze da superare nella sua pratica, ed è per questi motivi che il desiderio sessuale deve essere difeso dall'incudine della malattia e dal martello dello stigma. Agli operatori della Casa Alloggio tocca il compito di favorire un clima in cui la sessualità possa trovare forme di legittimazione: esiste un diritto al desiderio sessuale in tutte le

persone, anche nelle persone in Aids, per le quali l'argomento rischia di essere invece tabù, seppellito da prese di posizione e da pregiudizi del discorso prevalente dell' "epidemia" o, peggio del moralismo, che spesso si traducono in atteggiamenti di vergogna ma anche in posizioni depressive per chi è infettato dal virus. Non si può non essere condizionati da discorsi quali: "Le cure oggi salvano la vita alle persone, hanno trasformato l'aids da malattia mortale a cronica, e sono molto costose, il sistema sanitario nazionale se ne fa carico, che altro si pretende ancora? Il profilattico certo, ma quello può anche rompersi. E' "criminale" non comunicare al partner il proprio stato sierologico; inoltre la stessa disponibilità sessuale del partner sieronegativo è molto sospetta: può essere oblativa, auto sacrificale, masochistica...".

Rispetto alla sessualità e al suo risveglio, anche nel mondo degli operatori "addetti ai lavori", prevalgono le prudenze anziché il benvenuto. Di fronte al desiderio così come emerge e alle modalità con cui può presentarsi prevalgono le difese piuttosto che i buoni auspici. Non che le prudenze non ci debbano essere, ma in questo caso, devono venire dopo, e sappiamo quanto siano importanti le precedenze comunicative nell'esplicitare, volenti o nolenti, i nostri vissuti emotivi. Prima diamo il benvenuto al desiderio sessuale, sapendo che il primo modo in cui si manifesta, molto spesso è la masturbazione, ed è già un successo se non è solo più praticata in proprio ma viene riproposta all'interno di una coppia "tenera" dove in genere la sessualità viene lasciata fuori dalla porta.

I più coraggiosi fanno "safer sex", sesso più sicuro, cioè la sessualità non penetrativa. Oppure quando proprio ci si lancia in un tentativo

di sessualità penetrativa, questo avviene all'interno di una coppia HIV+ concordante, potendosi non porre il problema del contagio della discordanza sierologica (al massimo quello della re-infezione). L'espressione della sessualità in comunità, comunque lo si voglia o no, è un fatto. E' un fatto che si esprime attraverso l'autoerotismo e la sessualità relazionata. La prima modalità è quella prevalente, ignorata o accettata nella sua discrezione; la seconda fa più scandalo. Ed è questa una questione soggetta a normatività regolamenti nella gestione della casa?

### **La gestione della sessualità nelle Case-Alloggio**

Emergono, almeno, cinque “posizionamenti”.

Uno, molto retrò, è la proibizione della sessualità. Non so quante case alloggio siano ancora depositarie di questo atteggiamento, eredità della gestione di tutto un “filone” di comunità terapeutiche per persone tossicodipendenti. Qualcuna sicuramente è ancora in questo solco. La seconda posizione non proibisce la sessualità, mostra una posizione più morbida, ma la disincentiva. La sessualità non è qualcosa da mettere nei regolamenti come trasgressione, ma non è ben vista, porta “disordine” e quando in qualche modo si propone all'attenzione viene messa in discussione. La terza posizione fa finta di niente, di fatto la contempla se rimane affare totalmente privato nella sua forma di masturbazione discreta. Questa posizione può tuttavia consentire la censura e il sequestro di materiale pornografico (dvd,riviste...) se trovato nella propria camera, senza che ci si ponga troppi problemi di rispetto della privacy. Il quarto posizionamento consente e permette a pieno titolo

l'espressione della sessualità. Vengono problematizzate solo le situazioni che interferiscono negativamente con la convivenza e la vita degli altri ospiti. Infine l'ultima posizione: la sessualità non solo è pienamente consentita, ma è promossa e favorita. Quali sono le motivazioni a sfavore dell'espressione della sessualità in comunità? Essendo per definizione anarchica, la sessualità reca disordine, ed è ritenuta distruttiva per le dinamiche della Casa Alloggio. Detta in gergo: "comporta sempre un qualche casino". Inoltre se la sessualità viene disgiunta dall'affettività, finalizzata solo a se stessa e al suo soddisfacimento, unicamente strumentale alla pulsione, significa un non-rispetto dell'altro, per cui "doveroso" è riuscire a controllare le pulsioni per non usare gli altri come "oggetti".

Anche quando la sessualità si esprime all'interno di una coppia, allora può essere che sia proprio la coppia innamorata che può creare problemi e dinamiche per la comunità; ed la coppia in quanto tale che quindi viene messa sotto osservazione.

La formazione di una coppia in comunità può interagire negativamente laddove la casa alloggio si prefigge obiettivi terapeutici: può interferire con gli obiettivi terapeutici o riabilitativi definiti e pattuiti con l'ospite. Queste sono in genere le motivazioni a sostegno di un atteggiamento "disincentivante" l'espressione della sessualità nelle case. Si aggiunge poi il discorso della necessità del controllo delle infezioni (comprese eventuali "ricariche" della virulenza del virus), ma anche del contagio di tutte le altre malattie sessualmente trasmesse e, ovviamente, le gravidanze indesiderate. Conclusione: la sessualità nella maggior parte delle case alloggio costituisce ancora oggi una zona grigia, prevalentemente sommersa, con la quale gli operatori

vanno a cozzare, esattamente come un bastimento può andare a cozzare contro la punta di un iceberg, che ogni tanto emerge. E' una zona grigia insopprimibile, che infatti emerge in forma di trasgressione, e ogni tanto gli operatori se ne accorgono.

Allora che dobbiamo fare? Una volta dato il benvenuto il primo obiettivo è prevenire le “conseguenze non desiderate” dell'amore, gli effetti secondari negativi. Tutta la tematica rispetto al profilattico, con accessibilità soglia zero all'interno delle case, può essere data per scontata, anche se mai definitivamente risolta, considerato l'impegno preventivo profuso in tanti anni dalle nostre associazioni. Si tratta non solo di poter avere a disposizione con modalità discrete lo strumento preventivo della via di contagio e sapere della sua indispensabilità, ma di poter liberamente e laicamente confrontarsi su questi temi, dall'approccio personale alle possibili pratiche, in modo che ognuno possa trovare le possibili soluzioni.

Tre criteri orientativi debbono guidarci nel “ginepraio” della sessualità con le persone in aids. Il primo, è quello molto pragmatico della riduzione del danno. Il secondo è quello della discrezione e della privacy in materia, perché non c'è una dimensione tanto privata quanto sia quella della sessualità delle persone. Il terzo riguarda l'ineludibile “personalizzazione” della questione, sia all'interno di un counselling nell'ambito del comportamento sessuale, ma soprattutto all'interno di una più ampio significato che la problematica assume nella nuova esplorazione di sé pur nelle maglie della malattia.

La sessualità non collocandosi nel vuoto, ma in stretta relazione con le altre dimensioni della persona, quella dell'affettività in primo luogo, non può né essere scissa né rimossa dal lavoro quotidiano

degli operatori. L'unico sbarramento, forse anch'esso opinabile, può essere posto là dove c'è violazione delle regole di ordinaria e civile convivenza in contraddizione con i valori che permeano la vita della casa. Tradotto in linguaggio più perentorio significa: no alla sessualità di rapina e no alla sessualità "mercificata" all'interno della comunità; c'è sessualità mercificata quando c'è un danno da parte di una persona nei confronti di un'altra.

### **La formazione di una coppia in casa alloggio**

Ci può essere sessualità senza amore, ma anche amore senza sessualità, come in alcune coppie molto. C'è la sessualità senza la formazione di una coppia, come ci possono essere coppie che si formano a partire dall'affettività e altre coppie che nascono a partire invece dalla sessualità.

La casa alloggio per persone in aids, ce lo siamo ripetuti molte volte, è cosa molto diversa dalla comunità terapeutica. Non vengono pattuiti all'ingresso degli obiettivi di recupero della dipendenza, anche se la dipendenza da sostanze psicoattive non è una dimensione assente dalle case. E' vero nelle case ci si cura, si cura una malattia, che è l'aids, e può essere il luogo di rivisitazione di altre scelte, soprattutto in relazione a quelle compiute nel passato, ma non necessariamente. Fare i conti con una dipendenza non è né l'obiettivo delle case né tantomeno un prerequisito di accesso alle medesime. E' un problema, secondario, di cui ci si occupa se pregiudica la capacità di essere ospitati.

Poiché i criteri sono diversi da quelli delle comunità terapeutiche, sono anche diverse le vicissitudini delle coppie che si formano

all'interno del contesto abitativo. La coppia è sempre posta in mezzo tra l'accettazione e rifiuto, sia da parte degli altri ospiti della casa alloggio e degli operatori. E questo al di là della filosofia e della " linea " della stessa casa alloggio, perché è nel sentire degli operatori e degli ospiti, in quel momento rispetto a quella specifica coppia, che di fatto si gioca la partita tra accettazione e rifiuto.

Bisogna innanzitutto capire il rapporto di coppia, prima di essere frettolosi in due direzioni opposte: il "benedirlo" da una parte, come avviene in alcune situazioni, o il condannarlo di per sé, prima ancora di conoscerlo. Risulta pertanto inevitabile convivere con un periodo di "tolleranza critica", che funge un po' da stimolo alla coppia per definirsi meglio e concede un tempo per capire e capirsi. In questa fase (che non può essere protratta troppo a lungo) la coppia non viene ufficializzata. Si conduce l'osservazione, ma non c'è il cambiamento di alcun setting: ognuno continua ad abitare e a stare nella casa alloggio esattamente come c'è sempre stato, tra spazi personali e privati da una parte e la vita da condurre in comune dall'altra.

C'è un secondo passaggio che a volte avviene, in molte case alloggio, e riguarda l'ufficializzazione della coppia. Può (non necessariamente) essere "ufficializzata" col cambiamento conseguente di setting e la predisposizione di una stanza di convivenza. La decisione si avvale di una valutazione di compatibilità della coppia con le dinamiche che ci sono all'interno della casa alloggio, soprattutto con gli altri ospiti. Ci sono alcune coppie che si sanno rapportare benissimo con gli altri ospiti, e non sono fonte di disturbo nemmeno innescando l'immaginario degli altri conviventi. Altre coppie, invece, più maldestre, che non si sanno ben rapportare agli altri e tantomeno prenderne le giuste

distanze per via della nuova situazione, rischiano di trovare un muro di rifiuto che in realtà nasconde invidia e competitività. Comunque, nella grande maggioranza delle case alloggio l'ufficializzazione della coppia nella casa, come primo passo per la permanenza dei suoi componenti con modalità diverse, non avviene. Non si crea nessuna facilitazione di contesto all'interno e si dispongono invece percorsi alternativi esterni, paralleli alla Casa Alloggio. Si pone il problema di "scovare" altri luoghi che non siano la casa, in grado di fornire tutela e protezione alle persone in aids, in cui la coppia fa il suo corso, si osserva e si valuta cosa succede, non azzerando, ma mutando in parte il rapporto con gli artefici del programma innovato che rimangono comunque gli operatori della casa. Si differenziano i luoghi e i setting dell'intervento, ma il rapporto con la casa-madre non termina, anche se non si è più sotto lo stesso tetto.

In genere quando una coppia esce dalla casa si assiste ad un'accelerazione del percorso, a una sperimentazione più precoce dell'autonomia per cui sono da mettere in conto maggiori rischi; si tratta di prefigurare, insieme alla coppia, i possibili paracaduti, con un lavoro di anticipazione rispetto a ciò che ipoteticamente potrebbe accadere prevedendo i possibili scenari.

Un'altra situazione su cui la casa è chiamata a confrontarsi e a verificare la propria posizione, è la sessualità vissuta fuori dalla comunità. Ovviamente ciò che accade su questo piano, fuori dalla comunità, non è affare degli operatori della Casa Alloggio. Più complicato è quando si richiede che il partner esterno con cui si è costruita una relazione al di fuori della comunità, possa entrare nella casa come membro della coppia? Con la richiesta, in subordine,

di potersi isolare nella propria stanza. Ostano, come per il discorso della formazione della coppia in struttura, la gestione dei riflessi sui vissuti degli altri ospiti e la ricaduta sulle dinamiche di gruppo. da gestire, che si scontrano con i diritti delle persone alla propria sessualità. Rispetto all'utilizzo discreto della pornografia in casa alloggio l'importante è che se ne possa discutere e non si proceda per preconcetti moralistici.

In tutte queste questioni entra in gioco non solo l'affettività ma anche la sessualità dell'operatore. Ogni operatore ha la propria sessualità, che in comunità si confronta con un unico tabù, quello di non esercitare sessualità nella casa. Può apparire scontato ed evidente, tuttavia, anche sotto questo aspetto si scontano, nelle nostre case, più di una "trasgressione". E' capitato che nascessero amori tra operatori/trici e ospiti, come si sono verificate relazioni sessuali "estemporanee".

# Aids e desiderio di genitorialità: implicazioni e rischi

*Laura Rancilio*

medico pediatra

*A partire dal 1985 sono nati in Italia quasi 10.000 bambini da donne con infezione da HIV. Oltre 500 all'anno negli ultimi anni. Attualmente in Italia sono seguiti oltre 700 bambini e adolescenti con infezione da HIV, con un'età mediana di 13 anni (Registro italiano per l'Infezione da HIV in Pediatria).*

Diecimila bambini e oggi molti adolescenti e giovani adulti, molti fratelli, che vivono con entrambi i genitori, con un genitore solo, in famiglie variamente ricomposte, con i nonni, affidati dentro e fuori la famiglia d'origine, adottati, alcuni morti...

Il desiderio di avere figli è forse il desiderio più visceralmente presente nella specie umana, che come tutte le specie è biologicamente orientata per perpetrare la vita oltre a sé.

Negli anni '80 per una donna con HIV la gravidanza era vista come un rischio grande, c'erano forti timori di come la gravidanza avrebbe inciso sulla salute della madre e il rischio di trasmettere l'HIV al bambino era del 20-25%. Inoltre chi era in HIV/AIDS era considerato

prossimo al fine vita e dunque nella migliore delle ipotesi avrebbe lasciato un orfano. La gravidanza perciò era fortemente sconsigliata. Però, nonostante tutto, capitava, specie tra le donne con alterato ritmo mestruale come le tossicodipendenti, e talvolta era cercata e desiderata per dare continuità alla propria esistenza troppo breve. Gravidanze interrotte, gravidanze portate avanti con l'apprensione del rischio che correva il bambino.

Fu evidente quasi subito che l'allattamento al seno favoriva la trasmissione dell'infezione. Evitando l'allattamento la percentuale di bambini infetti scendeva dal 20-25% al 15-16%. Per le donne non era facile spiegare però a parenti e conoscenti perché non allattassero e il latte in polvere costava molto, troppo per tante tasche.

100

A poco a poco si cominciò a capire che il momento più rischioso per la trasmissione del virus era al parto. Potevano incidere la prolungata rottura delle membrane, il tipo di travaglio, il passaggio dal canale del parto... Alla metà degli anni '90, oltre ai fattori ostetrici che portarono a proporre il taglio cesareo elettivo in 37-38ma settimana, si rese evidente che la presenza di una carica virale rilevante era associata alla possibilità di trasmissione materno-fatale e che la somministrazione di zidovudina a partire dalla 14ma settimana di gestazione, al parto e al neonato per sei settimane era in grado di ridurre la trasmissione materno-fetale dal 25,5% del gruppo non trattato all'8,3% del gruppo trattato. A partire da quello studio la terapia antivirale è stata ovunque consigliata ed introdotta anche in gravidanza.

Oggi a tutte le gravide con infezione da HIV nota è mantenuta o proposta la terapia antiretrovirale con 3 farmaci attivi. Resta una grande

attenzione sull'utilizzo degli antiretrovirali in gravidanza per quello che riguarda la loro sicurezza a breve e a lungo termine nel feto.

In questo momento in Italia l'associazione di parto cesareo e terapia antiretrovirale hanno permesso di diminuire la percentuale di bambini infetti sino all'1-2% dei nati. Se questo rende le donne più serene nell'affrontare una prima o una successiva gravidanza, nel caso in cui comunque il virus venga trasmesso è ancora più forte la rabbia e il sentimento di sconfitta: "Perché proprio a me?!". Rimangono ancora rari casi di trasmissione dell'HIV attribuibili a vari motivi, per lo più prevenibili, fra cui prevale il mancato svolgimento del test per tutta la gravidanza. Questo fenomeno indica la necessità di assicurare a tutte le donne il test HIV in gravidanza, con particolare riferimento alle popolazioni con maggiore difficoltà di accesso alle strutture ed alle prestazioni sanitarie.

Poco meno del 3% del totale delle nuove diagnosi di infezione avviene in donne in occasione della gravidanza, del parto, di una IVG. Letto da un altro punto di vista, in circa un quarto dei casi delle gravidanze con HIV la diagnosi di HIV avviene in gravidanza. Tutto questo, se da una parte indica che lo screening per HIV in gravidanza è in grado di catturare casi non precedentemente diagnosticati, d'altro canto indica la necessità di strategie più efficaci di screening fra le donne in età fertile non ancora gravide per evitare che la diagnosi di infezione da HIV avvenga in una fase così sensibile per la donna. Talvolta, soprattutto nel caso di donne provenienti da altri Paesi, lo screening in gravidanza ha permesso di individuare precedenti nati con infezione da HIV.

Il tasso di gravidanze non pianificate rimane elevato fra le donne

con HIV, sarebbe quindi necessario implementare procedure che favoriscano il counselling preconcezionale.

In ogni caso, anche se la probabilità di trasmettere l'infezione è straordinariamente diminuita, il dono della vita ad un figlio resta velato dal dubbio della presenza/assenza del virus nel suo sangue. Sin dai primi giorni di vita il neonato viene sottoposto ad accertamenti specifici volti a valutare sia la possibile trasmissione verticale dell'HIV e di altre infezioni, sia gli effetti tossici dei farmaci antiretrovirali assunti dalla madre.

Negli anni '80 era necessario attendere fino a 18 mesi prima di veder scomparire dal sangue del bambino gli anticorpi anti-HIV trasmessi passivamente dalla madre per poterlo dichiarare "non infetto" o, come si diceva, "negativizzato". Mentre se dopo i 18 mesi permanevano gli anticorpi anti-HIV era certa l'infezione del bambino. 18 mesi nei quali ogni febbre, ogni raffreddore erano visti con grande apprensione perché potevano essere segni di AIDS.

Già dagli anni '90 è stato possibile iniziare a cercare nel sangue del bambino la diretta presenza del virus tramite tecniche di DNA-PCR. In questo modo la presenza/assenza dell'infezione da HIV può essere diagnosticata in modo definitivo in tutti i bambini entro i 6 mesi d'età, senza aspettare che gli anticorpi scompaiano o restino. Tutto ciò accorcia notevolmente i tempi e l'ansia da indeterminatezza e permette di riconoscere e nel caso trattare precocemente i bambini infetti.

Ma non c'è solo l'HIV. Nelle donne con infezione da HIV, soprattutto se fanno o hanno fatto uso di sostanze per via endovenosa, è frequente la presenza di coinfezioni come l'HCV e l'HBV (i virus dell'epatite

C e B), così come sono possibili altre malattie a trasmissione sessuale, come la sifilide, l'herpes genitale, i condilomi. In questi casi il bambino è esposto alla possibilità di infezione con ciascuno di questi agenti e la presenza di coinfezioni può aumentare il rischio di trasmissione dei singoli virus al bambino.

E i padri con HIV? Se è il padre ad avere l'HIV è possibile che lo trasmetta alla donna sia al momento del concepimento sia in qualunque successivo rapporto sessuale non protetto. Nel caso di una donna sieronegativa, una infezione acuta in gravidanza è estremamente pericolosa per il bambino perché il virus si replica in milioni di copie senza alcun controllo da parte del sistema immunitario. Ma anche nel caso di una donna già con HIV è pericoloso acquisire dal partner varianti virali diverse che possono, ad esempio, rispondere meno bene alla terapia antiretrovirale che lei assume.

È stato ed è possibile fare ricorso al lavaggio dello sperma per togliere l'HIV prima dell'inseminazione. Dopo e per tutta la gravidanza è responsabilità della coppia non esporre il nascituro a ulteriori rischi di infezione. Inoltre dal punto di vista virologico è ottimale che al momento del concepimento e in gravidanza padri e madri con HIV abbiano la carica virale negativa.

Essere genitori con HIV non è solo una questione di virus e generare non è solo fare figli. C'è da fare i conti con le proprie scelte di vita, con l'uso e l'abuso del tabacco, delle droghe, dell'alcol,... con il proprio stile di vita. Come per tutti, occorre essere o diventare capaci di prendersi cura. Occorre un luogo (una casa) e delle risorse (un lavoro) per permettere a un bambino di trovare il suo spazio. Ma soprattutto occorrono braccia capaci di accogliere e mani capaci di sorreggere.

Chi oggi scopre presto di avere una infezione da HIV sa di avere davanti una vita lunga e possibile. Oggi chi sa da tempo di vivere con l'HIV/AIDS, anche se è stato segnato dal virus, sa di poter avere davanti tempo.

Chi pensava che sarebbe morto e avrebbe lasciato figli orfani, chi li ha anticipatamente consegnati ad altri si ritrova ad essere nonostante tutto padre e madre. C'è da scegliere se ricostruire legami, se palesare la propria condizione a figli spesso ormai grandi e esporsi al giudizio e magari al rifiuto. Dire di avere l'HIV purtroppo può esporre tuttora allo stigma e all'emarginazione non solo il singolo individuo, ma l'intero nucleo familiare. E con questo i genitori soprattutto di bambini e ragazzi in età scolare si trovano a dover fare i conti.

104

Essere genitori con HIV di bambini, adolescenti o giovani adulti senza HIV, pur dovendo fronteggiare tutte le difficoltà legate alla propria condizione fisica, economica, sociale, lascia l'intima soddisfazione di avercela fatta, di non aver trasmesso il virus. Essere genitore con HIV di bambini, adolescenti o giovani adulti con HIV avvolge in una sofferenza di nucleo familiare, è una sconfitta personale, impossibile da affrontare da soli.

Nascondere l'HIV proprio, dei propri figli, della propria famiglia genera un'ansia continua e richiede una fatica quotidiana contro i pregiudizi e l'ignoranza degli altri che supera quella di combattere ogni giorno contro il proprio virus, dal momento che dall'HIV (oggi) non si guarisce.

Occorre operare insieme per cancellare tutta la fatica e la sofferenza possibile.

# HAART

## e disfunzioni sessuali

*Laura Ambra Nicolini*

medico infettivologo

La terapia antiretrovirale (ART) consiste in un insieme di farmaci in grado di controllare l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) tramite l'inibizione di alcuni passaggi del suo ciclo vitale. Tra i vari step bersaglio dei farmaci antiretrovirali, i più utilizzati sono: la trascrittasi inversa, enzima responsabile della trascrizione del virus a RNA a virus a DNA che viene inattivata da farmaci inibitori nucleosidici e non nucleosidici (NRTI e NNRTI) e l'enzima proteasi, responsabile del rilascio in circolo di particelle virali mature con capacità infettante, bloccata dagli inibitori delle proteasi (PI). Altri farmaci ad attività antiretrovirale sviluppati più recentemente hanno come obiettivi il legame e l'ingresso del virus nella cellula ospite piuttosto che l'integrazione del materiale genetico di HIV nel DNA della cellula ospite (inibitori della fusione e dell'integrasi). Normalmente, si utilizzano combinazioni di diverse categorie di farmaci allo scopo di colpire momenti diversi del ciclo replicativo virale (ad esempio due NRTI e un NNRTI o due NRTI e un PI), in

modo da garantire le migliori possibilità di successo terapeutico e impedire al virus di sviluppare resistenza farmacologica. Una corretta e continua assunzione della ART, in assenza di mutazioni del virus che conferiscano resistenza alla terapia, si traduce quindi in una riduzione della carica virale (HIV-RNA) fino a livelli indosabili nel sangue e in un aumento delle difese immunitarie (linfociti T CD4+) dell'organismo. La soppressione della viremia circolante nel sangue dovrebbe inoltre corrispondere ad una riduzione dei livelli di HIV-RNA in tutto l'organismo, sebbene la penetrazione dei farmaci in alcuni organi detti "santuario", come il sistema nervoso centrale e la prostata, sia limitata.

106

Da queste premesse, si evince come l'inizio della ART sia un momento cruciale nella gestione dell'infezione da HIV, il cui successo (ossia la decisione della strategia terapeutica e l'aderenza al percorso di trattamento) richiede accettazione, comprensione e condivisione da parte del paziente.

Per tale motivo, è importante preferire la combinazione di antiretrovirali che garantisca la migliore aderenza da parte della persona che la deve assumere, quindi massimizzando le possibilità di efficacia a fronte di un ottimale profilo di tollerabilità. Il regime ottimale è perciò quello che combina un basso numero di compresse, una sola somministrazione giornaliera e assenza di effetti collaterali.

Tra i potenziali effetti collaterali della ART lo sviluppo di una disfunzione sessuale, definita come una difficoltà in qualsiasi momento dell'atto sessuale, incluso il desiderio, che possa causare alti livelli di stress e di difficoltà interpersonale, è di particolare importanza, perché in grado di impattare fortemente sulla qualità di vita di una

persona e quindi essere un potenziale fattore di rischio per la riduzione di aderenza alla terapia. Nonostante queste premesse, pochi studi clinici hanno valutato la correlazione tra ART e insorgenza di disturbi della sfera sessuale, senza arrivare a conclusioni univoche. Alcuni studi condotti in Paesi industrializzati hanno rilevato un'associazione significativa tra ART e sessualità; si tratta però solo di serie di casi e di studi che non hanno valutato le modifiche nel tempo. Inoltre nessuno studio ha valutato la reversibilità di tali disturbi in seguito a modifiche della ART.

Collazones et al. hanno valutato prospetticamente 189 uomini con disturbi sessuali in corso di infezione da HIV, evidenziando una prevalenza di disturbi del 27.1% in persone in terapia con inibitori delle proteasi (PI) versus il 3.8% delle persone che non assumevano ART. Allo stesso modo, Schrooten et al. hanno identificato l'uso di PI (insieme all'età avanzata, all'uso di tranquillanti e alla presenza di manifestazioni di malattia HIV correlata) come un fattore correlato al calo di desiderio in una coorte di 904 individui HIV-positivi.

Al contrario, Lallemand et al. hanno condotto uno studio su 156 uomini omo- e bisessuali per comparare la presenza di disfunzioni sessuali in accordo con i vari regimi antiretrovirali in corso, senza trovare una differenza tra i vari gruppi. Inoltre, Siegel et al. hanno comparato le disfunzioni sessuali riportate da donne HIV in epoca pre- e post-ART, senza trovare differenze in termini di riduzione di attività sessuale, desiderio e attrattività nei due gruppi.

Da questi studi si evince un ruolo controverso della ART nei disturbi della sfera sessuale; tale possibilità deve dunque essere tenuta in considerazione nel caso in cui una persona con infezione da

HIV riferisca simili disturbi. Una volta escluse altre possibili cause, il centro clinico di competenza dovrebbe valutare pro e contro di una eventuale modificazione della ART, soppesando la presenza di alternative terapeutiche, in virtù della storia di malattia del singolo paziente, e informando la persona della possibilità di mancato beneficio in seguito a modifica della ART. La sospensione della terapia è comunque da sconsigliare, in quanto determinerebbe la perdita dell'equilibrio immunovirologico, aumentando il rischio di malattie HIV-correlate e di trasmissione dell'infezione da HIV (e di altre infezioni a trasmissione sessuale) con i rapporti sessuali.

È inoltre importante ricordare che i farmaci antiretrovirali possono interagire con le terapie mediche esistenti per aumentare il piacere sessuale. In effetti, sildenafil, tadalafil e vardenafil sono ampiamente utilizzati tra le persone con infezione da HIV, in particolare in caso di rapporti omosessuali. In particolare, NNRTI e PI possono aumentare la biodisponibilità di questi farmaci, i cui dosaggi andrebbero ridotti e sottoposti a stretto monitoraggio medico, per ridurre il rischio di patologia cardiovascolare connesso alla loro assunzione.

Infine, numerosi farmaci non antiretrovirali, ma utilizzati nel trattamento delle comorbidità in corso di infezione da HIV, come, ad esempio, farmaci antiipertensivi e antidepressivi, possono avere delle interazioni con le terapie per la disfunzione erettile, per cui la loro contemporanea somministrazione in assenza di adeguato monitoraggio è sconsigliata.

In conclusione, è possibile che la ART sia un fattore favorente lo sviluppo di disfunzioni della sfera sessuale, sebbene l'evidenza

scientifico in merito sia ancora limitata. Alterazioni della sfera sessuale devono indurre il personale socio-sanitario ad interrogarsi sulla possibile correlazione con la terapia in corso, ad esempio valutando la correlazione temporale tra l'introduzione e/o il cambio della ART e l'insorgenza dei disturbi. L'utilità di una modifica della ART nel ridurre questi disturbi non è ancora stata dimostrata e il dibattito è aperto non solo per i farmaci più innovativi, ma anche per quelli di uso più consolidato.

## Immigrazione e sessualità

*Maddalena Battistini*

educatrice professionale

110

La sessualità di ogni individuo si delinea come uno degli aspetti più complessi della natura umana. Attraverso il nostro corpo immaginiamo noi stessi, pensiamo significati, dialoghiamo con l'altro. Possiamo considerare il nostro comportamento sessuale come un comportamento creativo. Nel dipingere una tela saremmo influenzati dalle caratteristiche della nostra mano, dai pensieri che abitano la nostra mente, dai colori che più esaudiscono i nostri gusti. Allo stesso modo, nell'approcciarsi alla sessualità, l'uomo è portatore delle forme del proprio corpo e del colore della propria pelle; le influenze, derivanti dalle sensazioni che lo attraversano, partecipano a costituire i significati che l'uomo muta continuamente nel comunicare se stesso. In tal senso ad una riflessione sulla sessualità in termini generali si integra la consapevolezza che ogni persona, diviene portatrice di se stessa, ogni volta che si avvicina a una forma di comportamento sessuale.

Se attraverso la nostra sessualità portiamo noi stessi, in Casa Al-

loggio ci incontriamo anche nello “sconfinato mare” dell’affettività. Con i flussi migratori che hanno riguardato il nostro paese, negli ultimi anni le nostre case si sono popolate di uomini e donne provenienti da contesti geografici differenti, portatori di forme di “consueta estraneità”. L’incontro con l’ospite straniero è carico talvolta di aspettative in merito alla diversità culturale che ci contraddistingue. Si pone l’attenzione sui possibili modelli di riferimento determinati dagli usi e dai costumi o dalla religione. Si considerano elementi imprescindibili all’analisi dei bisogni o dei comportamenti sessuali della persona che ci sta davanti, il paese di provenienza, l’educazione ricevuta da bambini, l’insieme delle credenze di cui il singolo è portatore. Se tutto ciò ha sicuramente un peso nell’esercizio dell’affettività da parte dell’ospite che viene da lontano; se è da considerarsi certo che civiltà diverse possano avere modi diversi di vivere la propria sessualità, la vita in Casa Alloggio, in questi anni, e l’incontro con gli ospiti stranieri, mi ha messo di fronte a problematiche in cui l’esperienza della diversità si è sviluppata più in un’ottica di possibilità limitate, che a partire dalle differenti culture di origine. Spesso arrivati in Italia con aspettative diverse da come le loro vite sono poi evolute, gli ospiti stranieri che abitano le nostre case ci raccontano i propri spazi d’intimità attraverso comportamenti acquisiti nel tempo più che per cultura, per necessità. A tal proposito la seguente storia:

Monia arriva in Italia, dalla Nigeria, a 20 anni. Come molte delle sue connazionali viene portata nel nostro paese con la promessa di una vita migliore, in realtà verrà fatta prostituire per anni. Contrae il virus dell’HIV, non si cura, non può e non riesce a farlo. Il virus

ha il sopravvento e viene ricoverata in ospedale. Arriva così nella Casa Alloggio di Firenze, dove si rimette in forma, per quel che le è possibile. Racconta, a tratti, anche un po' della vita che ha fatto precedentemente al ricovero in ospedale. Ha una figlia in Africa, la storia col padre della bambina si conclude poiché Monia parte per il nostro paese. In Italia, ha avuto qualche relazione affettiva, una soltanto definita da lei stessa di senso, terminata a causa dell' HIV, condizione non accettata dal partner. Ad oggi Monia, oltre a portar con sé le difficoltà legate alla sua condizione fisica e allo stigma della malattia, non può lavorare, e non può cercare un lavoro poiché non è in regola coi documenti. Pur svolgendo una vita anche al di fuori della Casa Alloggio (frequenta una comunità religiosa composta da altre persone nigeriane, si muove all'interno della città) incontra molti ostacoli, di natura economica e relazionale e le è impossibile farsi una vita autonoma a causa della sua clandestinità. Le difficoltà che oggi Monia ha nell'intraprendere relazioni affettive di senso o nell'esercizio di una sessualità consapevole e soddisfacente, sono non soltanto condizionate dai lunghi anni della prostituzione. Quegli anni hanno determinato in lei dei significati e costruito una consuetudine nel modo in cui si approccia all'altro. Come una cultura di appartenenza, quegli anni influenzano Monia a tal punto che essa, oggi, utilizza il suo corpo come merce di scambio, ha in sé questa modalità d'approccio con l'altro, ritenendola l'unica possibile, come fosse per lei "culturale". La possibilità negata di avere un'occupazione, dunque di poter provvedere a se stessa in un'ottica di autonomia, acuisce il senso di questo comportamento che quasi viene percepito come naturale nei rapporti

affettivi, sopperendo anche all'assenza di un budget minimo per potersi autodeterminare nella vita.. Sentendosi negata la possibilità di essere, si racconta all'altro attraverso un sesso conosciuto, quello dei lunghi anni trascorsi in strada.

Le proprie possibilità limitate per anni, o addirittura negate per l'intera esistenza si vanno ad annidare nel profondo dell'individuo, là dove hanno sede anche l'affettività e la sessualità. Si può parlare allora di bisogni affettivo - sessuali e comportamenti culturali? Se esiste una particolare inclinazione in ognuno di noi di poter raccontare se stesso in spazi di libertà, se il primo passo per darsi agli altri è imitare quello che esiste in noi, apprendere quello che abbiamo già fatto per poi negli anni far emergere il nostro linguaggio, Monia e molte altre persone incontrate nel nostro cammino, portano il peso di essersi costruite il proprio mondo attraverso le esperienze fatte durante la migrazione e come una "seconda pelle" quegli anni, sono andati a coprire il colore primario del corpo, a confondere gli odori del paese di origine, a zittire i suoni della terra nella quale si è nati. Di sicuro sarebbe più facile accontentarsi dell' esistenza attuale, tutto sommato dignitosa se si pensa al passato. Negarsi la sfera relazionale o prenderla per come la immaginiamo possibile per noi. Così come si potrebbe immaginare un mondo dove la capacità di essere sopravvissuti ha un valore, sempre, anche se si è stranieri senza diritti, se si sono vissute violenze e abbandono o se si ha un corpo infettato dal dolore passato. Si pensi che spesso il legame con la famiglia di origine si è perduto o si è molto allentato. La malattia, le aspettative di viaggio oltre mare infrante, la difficoltà a comunicare chi si è e come si svolge la vita lontano da

114

casa hanno comportato spesso un'interruzione drastica con la vita "prima del viaggio" che appare, se non dimenticata, quantomeno annessa. Dovremmo, con gli ospiti stranieri delle nostre case, "spolverare" il libro degli anni trascorsi alla ricerca delle radici, della storia di un popolo, della cultura prima della partenza per l'Italia; percorrere tappe individuali e collettive di un "viaggio a ritroso", abitando insieme luoghi dimenticati e dai quali non si riesce ad attingere più, quando si intesse relazioni. Riscoprire la propria identità manifestando le intrinseche diversità e non più quelle acquisite dalle possibilità differenti che abbiamo di viverci una sessualità vera e propria, interazione con l'altro e la vita. Riscoprire il sogno di desiderare l'altro, di sognarlo, valorizzarlo, accarezzarlo nell'essere accarezzati.

Capita spesso di connotare come culturali elementi di vulnerabilità, di sofferenza sociale e di emarginazione o semplicemente atteggiamenti che escono da ciò che si ritiene di senso, come culturali. Forse là dove il nostro sguardo si perde e perde l'alfabeto conosciuto ci è più facile pensarlo "straniero" per poterlo spiegare. In realtà molti comportamenti dalle persone straniere che ho incontrato in questi anni, e in particolare le modalità di intraprendere legami affettivi e/o sessuali, hanno una natura sociale ed economica più che una natura culturale. Sono legati a dimensioni personali ma il confine tra l'esistenziale e il necessario è alquanto labile.

Mi piacerebbe se riuscissimo a farci carico di quel briciolo di nostalgia che lega ogni uomo o donna alla terra in cui è nato, per quel senso di appartenenza all'umanità tutta. La testa in balia del corpo che cammina, che ha bisogno di soddisfazioni ma che non trova

riparo nella fisicità come unica àncora affettiva in una mare deserto di relazioni, ma che *“torna sulla strada per riprendersi se stesso”*, parafrasando una canzone di Gaber. Che cerca nel contatto fisico e affettivo con l’altro un assaggio di vita e che si stupisce ogni volta che ha un nuovo incontro.

## La dimensione dell'affettività riferita al contesto familiare

*Giuseppe Taddeo*

psicologo

116

Quasi a tradire l'immaginazione di molti secondo i quali, al momento della costituzione delle Case Famiglia per persone con AIDS agli inizi degli anni '90, le persone che vi avrebbero fatto ingresso erano tutte senza famiglia, l'esperienza ha fatto emergere via via una realtà decisamente diversa. Spesso, infatti, le persone che entrano in Casa Famiglia hanno una rete di familiari ma in molti casi nei loro confronti persiste, da tanto tempo, un conflitto non risolto e dinamiche di espulsione che hanno reso, negli anni, impossibile la riconciliazione, anche di fronte all'insorgere della malattia. Il tempo ha fatto stratificare le difficoltà nelle relazioni e nella comunicazione così che la ri-accoglienza del congiunto malato da parte della famiglia risulta per la gran parte sostanzialmente impossibile.

La Casa Famiglia diviene quindi sovente il luogo preposto ad assumere le deleghe della famiglia che non vuole o non può rimanere accanto al malato nelle fasi più critiche del percorso di malattia. La

Casa Famiglia accoglie così il nuovo arrivato nella consapevolezza di essere l'unica risorsa al momento in grado di offrire una risposta immediata e concreta al problema ma non tarda a porsi la domanda del se e di chi contattare della rete familiare per tentare un delicato riavvicinamento. Un'operazione spesso non facile, sempre soggetta al rischio di ulteriori rifiuti dato che, anche quando si inverte una riappacificazione familiare, la persistenza dei conflitti del passato si traduce al massimo in rapporti delicati, fragili che, al minimo riproporsi di nuove incomprensioni, riattivano il meccanismo del distacco definitivo.

La ricucitura delle relazioni familiari non è mai un lavoro immediato, che si può implementare nella prima fase di ingresso dell'ospite. Semmai, è solo con il tempo che si possono profilare le strategie e i modi per tentare assieme di ricomporre i frammenti della storia familiare.

La prima operazione che mette in atto spesso la Casa Famiglia è fare una mappa delle relazioni, acquisire informazioni per tracciare il quadro dei legami familiari e prendere atto della qualità dei singoli segmenti di relazione. La narrazione dell'ospite è la fonte cardine per delineare il tessuto familiare e per questo serve un ascolto che consenta di cogliere le conflittualità persistenti, i rapporti di sostegno, le distanze emotive e le interruzioni della relazione. Da quanto tempo non ci si parla? Cosa è successo? Con chi persiste il distacco? Chi è la figura familiare verso cui protendere un ultimo tentativo?

Molto spesso emerge la realtà dei rapporti spezzati, resi difficili da anni di tossicodipendenza o da comportamenti dell'ospite che mai

sono stati compatibili con le attese delle famiglie. Occorre che egli stesso sia consapevole dei danni che ha arrecato in passato e che sia cosciente delle proprie responsabilità nell'aver determinato l'interruzione del rapporto.

In molti casi, e forse per la gran parte, si è in presenza di famiglie disimpegnate, cronicizzate in un atteggiamento di latitanza e assenza, distacco e disinteresse storico nel processo evolutivo dei figli. Spesso anche multiproblematiche per la compresenza di altri componenti in carico ai servizi socio-sanitari per altrettanto disagio e/o forme di devianze. Quando il nucleo familiare si presenta così fortemente strutturato nel quadro della forte disfunzionalità, risulta certamente più difficile una ri-compattazione del tessuto familiare, poiché la disgregazione è il registro con cui da sempre i componenti hanno vissuto: sono le famiglie "centrifughe" in cui ciascuno si è rivolto all'esterno dei confini familiari per la ricerca di soluzioni e risorse nel tentativo di sopravvivere ad un disagio inscritto pesantemente nella propria storia biografica.

La delicatezza dell'intervento risiede nel rischio di creare, nel fragile tessuto familiare, ulteriori elementi di dissidio, di malessere o di delusioni, più forti nel caso vi siano minori coinvolti. Tra gli operatori si rilevano spesso due possibili atteggiamenti estremi nei confronti delle famiglie di origine degli ospiti:

- coloro che rivelano una posizione "accusatoria": l'identificazione con l'ospite porta a colludere con il suo vissuto abbandonico come esprimono frasi del tipo "*i familiari si fanno*

*vedere troppo poco ... non telefonano mai .... sono spariti....  
Ci pensano solo dopo la morte”;*

- e altri che vedono, nell'assenza della famiglia, il potenziamento del proprio ruolo e conferma di sé come unico e privilegiato soggetto di accoglienza totalizzante e con delega piena, come rinforzo della propria onnipotenza.

La famiglia di origine rimane per l'ospite una presenza occasionale in Casa Famiglia, gli operatori non conoscono molto della storia familiare, al di là delle interazioni episodiche e fugaci durante le loro visite, e hanno idee vaghe o informazioni scarse sulla composizione della rete delle relazioni significative per l'ospite stesso.

Nel tempo abbiamo osservato una molteplicità di situazioni, che possono essere sintetizzate in quattro diverse possibilità:

1. la famiglia esiste ma riconferma continuamente la scelta dell'espulsione e il rifiuto;
2. il conflitto con la famiglia approda gradualmente ad una significativa riappacificazione;
3. il rapporto con la famiglia è stato sempre positivo ma la stessa non è in grado di accogliere il congiunto malato e di assisterlo;
4. l'ospite è solo poiché la famiglia non esiste.

## 1. il rifiuto della famiglia è ineludibile

La famiglia è chiusa ad ogni tentativo di riconciliazione. Quando la storia familiare ha segnato troppo profondamente la vita di ciascuno, si rivela difficile la prospettiva della riconciliazione tra la famiglia e il congiunto malato. In forza dei trascorsi, dell'escalation degli attriti, dello stile di vita inammissibile del congiunto malato che ha cagionato a tutti sofferenze profonde, non vi è più posto per una possibile ricucitura del legame affettivo. La credibilità e la fiducia nei suoi confronti, sempre labili e flebili, sono definitivamente perse. Ad ogni tentativo dell'ospite di riprendere un dialogo si rimette in circolo da parte della famiglia la dinamica dell'attribuzione di colpa, della condanna, di cui la sanzione è già inscritta nella malattia stessa. Ogni tentativo di riavvicinamento, anche in coincidenza del peggioramento delle condizioni cliniche, ha sortito nella famiglia la medesima reazione: la perpetuazione della posizione di rifiuto e la preclusione totale. La chiusura della famiglia non consente una sia pur minima breccia su cui fondare la speranza di un riavvicinamento possibile.

La famiglia spesso ha bloccato il tempo agli episodi critici che hanno imposto il distacco, si è fermata alle fasi più difficili oltre le quali ha deciso di non avere più contatti con il malato. Non servono neanche le dichiarazioni di quest'ultimo di voler finalmente modificare la propria vita verso un modello più consono alle aspettative degli stessi familiari. Non convince più. Troppe promesse in passato si sono smentite da sole, in breve tempo, troppe menzogne e falsità a cui ora non si vuole più credere, nonostante la malattia. La famiglia

assume una posizione ostruzionista nei confronti del congiunto e ispessisce la barriera tra sè e lui perché non possa più rimettere piede in casa.

L'ostilità e la chiusura della famiglia provoca nel malato un effetto violento e brutale: più serrata e netta è la preclusione, tanto più forte sarà la sua reazione di impotenza. Non rimane che la rassegnazione totale, la rinuncia definitiva e un dolore che pervade ogni giorno.

Neanche l'accoglienza nella Casa Famiglia convince più la famiglia. La famiglia d'origine, ha visto spesso anche questo in passato, quando, in occasione di ogni abbandono di comunità terapeutiche o di carcerazioni improvvise, ha dovuto ricredersi dall'illusione che qualcosa stava veramente cambiando. L'impotenza di fronte al muro eretto dalla famiglia è per l'ospite una condizione dolorosa con cui fare i conti, costretto dentro di sè tra la rabbia e il senso di fallimento dei propri tentativi di riappacificazione. Lievita dentro di lui il dolore indicibile dell'abbandono, del rifiuto, della negazione, di una ultima possibilità di interlocuzione. Ogni nuovo tentativo di comunicazione viene accuratamente progettato e messo a punto per non esporsi in modo azzardato a nuove delusioni, ancora più difficili in questo momento da sopportare e metabolizzare.

Come convincerli che ora in Casa Famiglia è possibile impegnarsi a favore di una condotta più consona e accettabile? Come capacitarli gli altri che la ridotta autosufficienza costringe a ben altre condizioni di vita? Come conquistarsi la fiducia dei familiari e chiedere loro il perdono perchè possa esserci finalmente la riconciliazione

finale in un momento in cui la vita può volgere al termine?

L'intervento degli operatori impegnati in un'azione mediatrice fallisce nel suo intento della riconciliazione.

È particolarmente nei confronti dei figli che spesso emerge il bisogno di una riconciliazione. Molti ospiti, dopo essere stati latitanti nel ruolo di genitore perché devianti dalle attrattive delle droghe, sviluppano il desiderio di riparare e di riappropriarsi delle funzioni paterne o materne. Proprio perché in Casa Famiglia, insorge prepotente il bisogno di recuperare l'affetto dei propri figli e diviene incontenibile la necessità di stringere finalmente con loro una unione che ripaghi degli errori passati. Consapevoli che in Casa Famiglia è stato possibile un miglioramento della propria vita e forti della protezione degli operatori, il bisogno di rimediare è ora molto forte perché è importante lasciare loro in eredità una immagine di sé finalmente più positiva. Il recupero dell'affettività dei figli talvolta cozza contro l'ostilità dichiarata degli adulti a cui essi sono stati affidati, che spesso hanno spiegato l'assenza del padre come la soluzione migliore per tutti.

Come smussare il loro rifiuto e concretizzare una possibilità di dialogo che consenta di riavvicinarsi ai propri figli?

L'esperienza dice che in molti casi è solo nella condizione terminale del malato, o addirittura dopo il suo decesso, che la famiglia smussa la propria chiusura e si avvicina. Generando perplessità generale e nell'attribuzione di una inaccettabile ipocrisia per gli operatori che assistono, il rifiuto si trasforma in presenza disperante, l'odio in dolore profuso, l'ostilità cede il posto alla sofferenza spietata,

alla colpa per se stessi, per l'altro. Svanisce la cortina del rifiuto perchè la fine di una vita è per certi versi lo sgretolamento di tutta la storia familiare. Un dolore autentico in chi rimane che destina le persone a continui ripensamenti e ad una sofferenza interiore per la capitolazione di una storia familiare che deve fare i conti con una assenza - quella del malato - ora reale e definitiva.

## **2. il conflitto con la famiglia approda gradualmente ad una significativa riappacificazione**

In molti casi l'ingresso del congiunto ammalato in Casa Famiglia è per la famiglia un convincente presupposto per un suo graduale riavvicinamento a lui. Lenta, timidamente progressiva, la ricucitura dei rapporti rivela fin da subito il rifiorire delle speranze per tutti. L'accoglienza in una struttura residenziale è percepita dal contesto familiare quasi come la garanzia che la riappacificazione non si traduca nella richiesta del malato di fare rientro nella casa di origine. I familiari vedono nella permanenza del malato in Casa Famiglia la garanzia del contenimento dei comportamenti devianti che, un tempo, hanno originato gli attriti e il congelamento delle relazioni. La permanenza in Casa, dove egli è guidato dagli operatori e tenuto finalmente a rispettare un sistema di regole, consolida in loro gradualmente la prospettiva di una distensione che rende disponibili a nuovi contatti: mediati, protetti, controllati dalla struttura perché non si ripetano le cose di un tempo. La volontà di rimanere presso la Casa Famiglia è per la famiglia anche la certificazione della volontà dell'ospite di "cambiare": è ciò che consente alla famiglia il recupero della fiducia e della credibilità nei suoi confronti e la molla

che autorizza e motiva al riavvicinamento.

La contrapposizione e il rifiuto, di un tempo, hanno bisogno di tempi lunghi perché cedano il posto ad una significativa distensione per tutti. Non è automatico il riavvicinamento della famiglia al malato e del malato alla propria famiglia di origine.

Qualche volta, è la malattia che costringe a tempi veloci, impone di affrettare i passi per la riconciliazione e piega ogni possibile resistenza. Da qui ora si può ripartire per una relazione finalmente possibile, anche se è presagita come termine per le inclemenze della malattia stessa.

La Casa consente un epilogo positivo della storia difficile con il proprio familiare ammalato, l'opportunità finalmente per ricostruire quella sintonia che la tossicodipendenza e la strada prima impedivano. Il contatto con lui, però, diviene possibile fintanto che egli sceglie di far parte di un sistema comunitario che è sentito come protezione per tutti.

Nel ricongiungimento, un fondamentale ruolo viene impersonato dagli operatori della Casa i quali concretizzano per la famiglia la speranza della "riconversione" del proprio congiunto. È proprio la loro mediazione, la loro fattiva presenza che diventa possibilità per lo scioglimento delle tensioni. Gli operatori vengono percepiti come garanti per tutti, agenti di "contenimento" della conflittualità, della facilitazione del processo comunicativo, della risoluzione miracolistica di una distanza che prima sembrava definitiva e insuperabile. Gli operatori sovente si adoperano in maniera determinante in tal senso. È proprio il loro intervento che determina un ricongiungi-

mento tra le parti. Ma la mediazione non prescinde mai dall'ospite che rimane il vero artefice del riavvicinamento, pena il rischio di proiettare desideri che appartengono agli operatori o che gli operatori si attivino perché sollecitati dal meccanismo della identificazione. Occorre restituire all'ospite il protagonismo dell'azione di riavvicinamento piuttosto che agire in sua vece e, peggio, senza il suo assenso. È con lui che ogni tentativo viene studiato, progettato, valutato nella sua possibile efficacia.

Quando il riavvicinamento si profila possibile, spesso è la stessa Casa il teatro dell'incontro, l'ambiente scenico in cui si inverte il contatto familiare. Altre volte ciò avviene nella casa familiare dell'ospite nella quale si può far ritorno proprio grazie alla presenza degli operatori, che diventano per la famiglia i "garanti" della condotta e dell'atteggiamento del loro congiunto. La rabbia e le conflittualità di un tempo si tramutano per la famiglia in dolore che perdona e accoglie, si smussano le dinamiche di contrapposizione, di espulsione, di rottura, di colpevolizzazione. Si rifondano finalmente così le premesse per la ricostruzione di una relazione con il proprio congiunto. L'apertura al rapporto si accompagna ancora, tuttavia, a diffidenza e timori giustificati: il passato condiziona in maniera subliminale la famiglia, perché il timore dei fantasmi del passato è sempre attivo dentro le sue relazioni. Occorre un grande sostegno a ciascuno perché non ripropongano le modalità e i meccanismi di sempre. Perché l'ospite sappia contenere e riconvertire le sue modalità di relazione.

La riconciliazione in qualche caso è solo con alcuni familiari, poiché altri rimangono refrattari ad ogni tentativo di riavvicinamento. Nei confronti di questi ultimi persiste una distanza difficile da colmare per i retaggi, indelebili, del passato in cui la tossicodipendenza ha consolidato tensioni e attriti.

Quando l'incontro spiana la strada ad un riavvicinamento nel tempo, gli umori di tutti pervadono l'intera Casa, non può essere un vissuto che si confina al solo ospite interessato. Anche negli altri ospiti inevitabilmente tutto ciò ha ripercussioni ed effetti profondi. Le reazioni sono diversificate: da una parte coloro che manifestano vicinanza e accoglienza in quanto mossi dalla speranza che quanto sta accadendo possa, auguratamente, ripetersi nel loro caso; dall'altra coloro, che una famiglia non ce l'hanno o vedono delusi i tentativi di recupero, i quali vivono il momento come un'istanza di confronto difficile.

Nei casi frequenti in cui l'ospite è genitore e nei confronti dei figli non vi sono da tempo più contatti, in seguito alla opposizione ferrea di terze persone (spesso l'ex compagna) si assiste, inoltre, al sottile bisogno di recuperare la propria paternità e il ruolo genitoriale affidati da sempre ad altri. Ora che, grazie alla permanenza in Casa Famiglia, si è raggiunto un equilibrio psico-fisico e globalmente le condizioni di vita sono visibilmente migliorate, diviene via via importante per l'ospite riconquistare il rapporto con i figli, verso i quali si è stati in passato latitanti, assenti, lontani. Adesso ciò che manca è proprio la loro presenza, ad appagare un vuoto percepito quasi intollerabile.

### 3. il rapporto è buono ma la famiglia è incapace di prendersi cura del congiunto

Non sono rari i casi di persone che, pur avendo rapporti affettivi forti e importanti, non possono contare sull'aiuto concreto delle famiglie, impossibilitate oggettivamente: genitori anziani, familiari invalidi, famiglie non in grado di garantire alcuna forma di assistenza in casa.

Quando la malattia genera difficoltà oggettive nell'assistenza, problemi reali nella cura, la prospettiva del trasferimento in Casa Famiglia diventa l'unica possibilità da considerare. L'avanzare della malattia pone in questi casi insormontabili difficoltà nella gestione del processo assistenziale e l'ingresso in Casa Famiglia si profila come la sola possibilità che risollevi dal rischio del tracollo generale. Qui non è la qualità della relazione ad essere in gioco, il rapporto non è inficiato da conflitti e problemi di convivenza, non vi sono incompatibilità interpersonali. La relazione con i familiari piuttosto è salda, forte, intrisa di piena condivisione della sofferenza. È il problema di non poter garantire al malato l'assistenza di cui necessita e il dovuto supporto materiale: questo spiega il ricorso alla Casa Famiglia, come soluzione unica e agognata, nell'angoscia di non poter fare di più perché il malato possa rimanere a casa propria.

Altre volte è l'enorme lontananza tra l'abitazione della famiglia e il centro di cura che motiva l'ingresso in Casa Famiglia. Molti ospiti provengono da luoghi lontani dalla città e quando la distanza dal polo ospedaliero è grande e non si ha la possibilità, in mancanza di un mezzo proprio di spostamento, di garantire la continuità nelle visite e nelle cure, la Casa Famiglia appare la soluzione inevitabile.

L'ingresso in Casa Famiglia, tuttavia, è un distacco doloroso per la famiglia perché quasi anticipa il commiato finale che la malattia riserva in un futuro indefinito e ignoto.

Per questo ci si colpevolizza e ci si accanisce contro se stessi per essere irrevocabilmente nella impossibilità di accudirlo, di assisterlo, di stargli vicino.

Gli operatori e i volontari sono in questi casi chiamati ad un lavoro di supporto "emozionale" anche dei familiari. L'ingresso in Casa Famiglia non deve costituire una frattura totale con il contesto sociale e familiare di origine dell'ospite, piuttosto l'attenzione deve essere riposta al continuo collegamento con l'ambiente di appartenenza, perché quest'ultimo confermi nel vissuto di ciascuno una centralità affettiva e sentimentale.

#### **4. la famiglia non esiste**

Molto spesso, l'ospite non ha più una famiglia di origine a cui ricollegarsi. Esistono dei parenti lontani, nei confronti dei quali, però, non vi è una storia affettiva significativa. La loro vicinanza non è desiderata, non si avverte neanche il bisogno di ricontattarli.

L'ospite arriva in Casa Famiglia con un fardello di lutti che hanno nel passato decimato interamente il nucleo affettivo di appartenenza. Malato e solo, l'ospite si consegna totalmente alla Casa Famiglia, investendo sugli operatori tutta la propria dimensione affettiva e il bisogno di interlocutori significativi. Di fronte a questa situazione il lavoro dell'èquipe della Casa Famiglia è solitamente e ovviamente complesso.

È facile rilevare, tra coloro che non hanno familiari, due possibili casi: da una parte coloro che, bisognosi di affettività, accolgono e si predispongono totalmente al rapporto con gli operatori, dall'altra coloro che, proprio a causa del vuoto dentro e intorno a sé, reagiscono osticamente e con grosse resistenze alla relazione con gli altri. Nel primo caso, l'équipe diventa per l'ospite "la famiglia", acquista un valore affettivo profondo. L'investimento affettivo verso gli altri, soprattutto operatori e responsabile, è per lui forte e totalizzante. I rapporti diventano importanti, fondamentali perché unici. L'adattamento nella Casa è forte ed essenziale perché salvifica di affetto ritrovato.

Ci si affida totalmente al rapporto con gli operatori e con coloro che orbitano intorno alla Casa Famiglia, consapevoli che all'esterno non vi sono altri riferimenti affettivi possibili. Gli operatori sono al momento gli unici interlocutori a cui indirizzare la propria fame di affetto. Il bisogno affettivo è interamente canalizzato verso l'unica possibile fonte di soddisfacimento: la casa e la comunità di chi la abita che ne costituisce l'essenza. Nella solitudine piena e di fronte alle difficoltà esistenziali, capaci di amplificare all'estremo lo sconforto e la tristezza, le uniche persone che si hanno intorno sono gli abitanti della casa: essi lentamente saranno percepiti come il proprio nucleo sociale e affettivo di appartenenza. La morte degli utenti senza alcun riferimento familiare è spesso per gli operatori della Casa Famiglia un episodio ancora più drammatico: in parte essi "muoiono" con loro, l'elaborazione del lutto è certamente più complessa e di più lunga digestione.

Nel secondo caso, invece, proprio l'“assenza” della famiglia e la constatazione di essere soli diventa la ragione del rifiuto degli operatori della Casa Famiglia. Diventa difficile accettare l'idea che “qualcuno possa prendersi cura di me”, che possa porre dei limiti, delle regole, giustificandoli come il mio bene. La consapevolezza dell' “essere solo al mondo” non consente nessun ammorbidimento di fronte all'accoglienza manifestata dall'altro e ci si irrigidisce in un atteggiamento di tenace rifiuto di ogni interazione che abbia significazione in termini affettivi.

La relazione, in questi casi, si fa sempre complessa. La tendenza provocatoria dell'ospite è quella dell'auto-esclusione dalle attività della Casa, gli episodi di aggressività sono frequenti. Vi è l'impegno a declassare l'operatore o di squalificarlo attribuendogli l'unica motivazione dello stipendio a fine mese.

Il confronto con gli altri ospiti, che invece palesano rapporti significativi con i propri familiari, è comunque sempre delicato e difficile. Assistere alle visite in Casa degli altrui familiari genera angoscia, poiché capace di rimandare alla memoria il vuoto affettivo che si avverte dentro di sé e che si cerca di deviare dalla propria coscienza.

### **Il lavoro con la famiglia**

La Casa Famiglia è per l'ospite anche ricapitolazione della propria storia familiare e affettiva. Il dolore per come sono andate le cose induce a un ripensamento continuo sulle dinamiche degli affetti perduti, interrotti, resi difficili dal disagio imperante che, in molti casi, non ha risparmiato nessuno. Solo la rassegnazione, sopraggiunta negli anni, ha levigato la sofferenza del sentirsi soli ma nella circostanza della malattia che avanza l'immagine dei propri familiari at-

traversa i pensieri. Occorre allora cogliere, nella sottile e inespressa articolazione degli atteggiamenti dell'ospite, i vissuti che egli nutre nei confronti dei suoi familiari, individuare le connessioni emotive con coloro verso i quali persiste un tempo lungo di distacco comunicativo e con coloro che accennano una presenza episodica in Casa Famiglia. Vissuti sovente inespressi, soffocati nel tentativo di smorzare il dolore profondo dell'abbandono, della separazione fattiva con il proprio nucleo di origine. I silenzi dell'ospite, i suoi tentativi di evasione dai ricordi della propria famiglia devono sollecitare nell'operatore l'interrogativo se essi siano riferibili ad una sofferenza che proviene dal sentirsi abbandonati e indagare sull'indicibile desiderio di un ricongiungimento, di un contatto ennesimo ma positivamente risolutivo della sospensione degli affetti che ha segnato il tempo ultimo.

È sul non-agito che l'attenzione deve essere acuta e tenace, perché l'ospite raramente è consapevole di tutto ciò.

Già al momento dell'ingresso, entrando in Casa, l'ospite sente di lasciare alle spalle un mondo affettivo spezzato, fatto di persone significativamente importanti che ha lasciato fuori e da cui egli si sente lasciato. È essenziale in sostanza individuare e raccogliere questa complessa emotività con cui egli si propone alla Casa Famiglia, perché si possa con lui perseguire il margine possibile di ricucitura delle relazioni familiari, commisurare il rinsaldamento delle conflittualità, adombrare l'aferesi della rete affettiva che la storia personale ha visto consolidarsi nel tempo. Il lavoro di mediazione degli operatori deve essere misurato, sottile, graduale, deve mirare

al coinvolgimento e all'adesione dell'ospite. Ogni tentativo di comunicazione con la famiglia che mostri ostilità occorre che sia progettato e sviluppato assieme all'ospite perché egli si senta pieno protagonista e artefice. Ma soprattutto ogni tentativo deve fondarsi su un margine realistico di successo per non predisporre l'ospite ad un crollo depressivo violento. Non serve azzardare interventi se l'effetto più probabile è sortire un rinnovo del rifiuto da parte della famiglia, rifiuto che si ripercuoterà certamente nell'ospite con un rinforzo irrefrenabile del senso di abbandono. Ogni tentativo, piuttosto, deve poter contare su un margine potenziale di smussamento realistico delle controversie per sperare - e far sperare - in un progressivo scioglimento delle tensioni.

132

È in questo fattivo e oculato coinvolgimento degli operatori, nella dinamica familiare, che l'ospite può trovare un significativo sostegno, un sollievo, finalmente, nel dramma che matura dentro di sé per un esilio a cui la famiglia, con il suo rifiuto, lo ha costretto.

Ma il lavoro di mediazione deve tener conto anche della fatica di quei familiari che oscillano tra il desiderio di un riavvicinamento e il bisogno di riconfermarsi ancora una volta disinteressati e distanti. Occorre che gli operatori stabiliscano un approccio convincente con la famiglia perché trovi motivo per un passo in avanti che, come troppe volte in passato, non celi ulteriori delusioni. Occorre motivare la famiglia, sostenerla, rassicurarla, in un gioco continuo di mediazione in cui lo sguardo deve posarsi continuamente tra l'ospite e i familiari perché tutti ritrovino armonia e distensione, appagamento affettivo e serenità. È un gioco tra le parti in cui ognuno

ha diritto e interesse a ricollocarsi nella storia familiare, prima che sia tardi.

Gli operatori sono in questa morsa che, se troppo stretta, rischia di far male a qualcuno che non sa reggere il rapporto nella sua fase di ricostruzione delicata e difficile. Non serve mistificare la realtà, omettere frammenti importanti sulla condizione dell'ospite: per la famiglia il contatto con la Casa è già raccogliere i cocci di una storia frantumata e per l'ospite è presentarsi con il bagaglio dei fallimenti, specie se di fronte a figli minori cui dar conto di una vita da latitante nel ruolo più importante, quello di genitore.

La presenza dell'operatore allora diviene garanzia per tutti, fulcro di un incontro in cui dover smussare l'emergere di sempre possibili tensioni o difficoltà comunicative. Ma anche garante di un impegno che non può limitarsi ad una comparsa fugace ed episodica. Le relazioni che si ricostruiscono, fin dove è possibile, devono essere interiorizzate dall'ospite come nuovi pilastri di sostegno personale, come elementi di motivazione ulteriore. Occorre anche sollecitare nell'ospite la messa in atto di comportamenti e approcci che non ripropongano le modalità di un tempo ma che mirino a ritessere le maglie di una storia familiare in cui ognuno deve riappropriarsi di un ruolo, di una collocazione inderogabile.



# ESPERIENZE

## **L'accompagnamento nell'esperienza della prostituzione**

*Casa Alloggio di Quintosole (Milano)*

Molte persone che nel corso della loro vita si trovano a dover entrare in un contesto residenziale protetto, per le ragioni più disparate, spesso si trovano a dover rinunciare ad alcuni aspetti della loro vita. Pensiamo ad alcune delle situazioni più ordinarie che si trovano a vivere i nostri ospiti come, ad esempio, il dover condividere gli spazi con degli sconosciuti, non avere spazi per la propria privacy o il dover adeguarsi a regole e modelli di comportamento non propri; questo solo per citare alcune situazioni.

136

Se poi pensiamo al grande gruppo di persone, ospiti delle nostre case, che si trovano in una condizione fisica che limita la loro autonomia, l'elenco sarebbe decisamente molto più lungo.

All'interno della Casa Alloggio "Quintosole" questo è un tema fondamentale, su cui ci siamo soffermati a lungo.

Laddove ci sono le condizioni, cerchiamo di far vivere i nostri ospiti in una dimensione il più possibile simile a quella che comunemente viene chiamata la "normalità".

Facciamo ciò attraverso il lavoro sulle autonomie e valorizzando la storia di ogni persona incontrata, costruendo insieme un futuro alla costante ricerca del lieto fine ancora non scritto. Facendoci promotori di questa filosofia ci siamo inevitabilmente imbattuti anche contro una sfera molto delicata e complessa come può essere la gestione dell'affettività e della sessualità dei nostri ospiti all'interno della Casa.

Troppo spesso, forse anche per timore di affrontare un tema così

intricato che mette in gioco anche schemi valoriali propri, si tende a dimenticare che anche una persona istituzionalizzata possa mantenere ancora viva e attiva questa dimensione. A volte è come se ci aspettassimo che una persona anziana, malata o diversamente abile abbia messo da parte il bisogno di vivere un rapporto sentimentale o abbia perso totalmente le proprie pulsioni sessuali.

Parallelamente a questa aspettativa, in qualche operatore, può nascere l'idea che nel momento in cui emergano, questi bisogni o pulsioni vadano giudicati, respinti o curati.

Quest'ultimo aspetto è quello che costringe l'Equipe a confrontarsi spesso per tentare di arrivare ad una risposta comune.

La sessualità è una sfera molto intima della vita di ognuno di noi. Ogni individuo ha un suo rapporto specifico e differente con questa parte di sé.

Nello specifico ogni operatore, è portatore di determinati ideali, legati al proprio vissuto, che ne influenzano il lavoro.

Il primo scoglio da superare in Equipe è, quindi, quello di doverci confrontare senza arrivare a mettere in discussione, prima di tutto, il sistema valoriale dell'altro.

Su molti temi noi operatori ci dobbiamo costantemente misurare, sforzandoci di trovare un punto d'incontro che abbia come obiettivo una linea comune da seguire con gli ospiti. Quando però si tratta di un tema così delicato, come quello della sessualità, sembra quasi impossibile raggiungere questo traguardo.

La linea comune all'interno della nostra Casa Alloggio, condivisa da tutti però, è quella di non voler considerare questa parte di vita dei nostri ospiti come un tabù. Vogliamo poterne parlare con loro

e ci sentiamo in dovere di dare gli strumenti necessari, anche a chi non ha competenze personali sufficienti, perché si accosti a questa dimensione in una maniera più ragionata ed adulta.

Nel corso degli anni ci siamo trovati davanti a molti scenari differenti che ci hanno costantemente messo in discussione come: relazioni tra due ospiti nate all'interno della casa; relazioni tra ospiti e persone esterne alla nostra struttura; relazioni basate sul sesso occasionale o a pagamento.

Con i nostri ospiti oltre all'attenzione sempre alta sull'educazione all'affettività, ancor prima della risposta al mero bisogno fisico del rapporto sessuale in sé, ci sentiamo anche in dovere di fare un adeguato percorso di informazione sull'importanza fondamentale del sesso protetto.

138

Tornando agli esempi sopra citati, di volta in volta, ci siamo interrogati sul singolo caso che ci si presentava davanti, dando la giusta importanza ad ogni storia unica nel suo genere.

In un'occasione abbiamo cercato di non ostacolare i rapporti tra due persone, entrambe ospiti della nostra casa, mettendo a disposizione spazi e tempi in cui potessero vivere la loro intimità nel rispetto della civile convivenza e privacy.

In altre occasioni, in cui la relazione era tra un ospite ed una persona esterna abbiamo favorito ed agevolato la storia tra i due, permettendo anche delle visite all'interno della Casa Alloggio, condividendo anche momenti come il pasto, ma favorendo, avendone la possibilità, i rapporti più intimi, all'esterno della struttura.

Alcune persone si sono sentite libere di dirci che, non avendo rapporti sociali significativi all'esterno, si sarebbero rivolte a delle prostitute.

Come si può immaginare già solo questi tre esempi aprono mille campi di discussione.

L'ostacolo più arduo da affrontare per noi, però, è stato rispondere al bisogno espresso da un ospite non in grado di muoversi autonomamente ed in uno stato di grave isolamento sociale, che esprimeva la necessità di vivere la propria sessualità attraverso prestazioni a pagamento.

La nostra Equipe ha riflettuto e discusso moltissimo, trovandosi anche in alcuni frangenti scissa in due, su come reagire a questa richiesta.

Siamo partiti da un punto che ci trovava tutti concordi, ovvero che la sessualità è una componente importante della vita di ognuno.

Partendo da questo terreno comune ci siamo interrogati parecchio. Possiamo permettere agli "autonomi" di vivere la loro sessualità e nel contempo negarla a chi "abile" non è?

Dobbiamo essere proprio noi ad agevolare una risposta a questi bisogni?

Ma siamo poi proprio certi che la sessualità sia un bisogno "primario"?

Perché non puntare l'attenzione sull'educazione ad una sana affettività piuttosto che sul mero appagamento di una pulsione sessuale? È giusto rispondere al bisogno di una persona in difficoltà sfruttandone un'altra?

Si può vivere una vita senza sesso? E una vita senza sesso, non per scelta, ma per costrizione, può essere comunque definita dignitosa? A queste, come a tante altre domande, non abbiamo una risposta comune. Abbiamo quindi iniziato a cercare una mediazione prima

tra noi dell'Equipe e poi, di conseguenza, con l'ospite in questione. Abbiamo quindi deciso di farci carico anche di questa parte, accompagnando questo nostro ospite a prostitute, nonostante che l'Equipe non fosse pienamente coesa.

La prima decisione presa a tal proposito è stata quella di lasciare libera scelta ad ogni operatore di occuparsi o meno di questo tipo di accompagnamenti e delle loro programmazioni. Un ulteriore obiettivo che ci siamo posti è stato quello di non limitarci ad accompagnare il solo soddisfacimento delle pulsioni sessuali, ma di lavorare anche su un ampliamento del contesto affettivo dell'ospite, per cui non si debba in futuro essere costretti a ricorrere alle prestazioni a pagamento.

140

Successivamente abbiamo chiesto al nostro ospite di usufruire dei servizi di prostitute che esercitano il mestiere tramite annunci su Secondamano e di evitare chi si prostituisce in strada, cercando così di non imbatterci in donne vittime di tratta.

Insieme ad un operatore, l'ospite contatta telefonicamente la prostituta fissando il giorno dell'incontro.

In attesa del giorno stabilito, l'operatore referente nel frattempo lavora sull'adeguata informazione riguardo al sesso sicuro, pretendendo di conseguenza da parte dell'ospite l'uso del preservativo durante l'atto sessuale.

Nonostante che agiamo così ormai da qualche anno, spesso in Equipe ci ritroviamo a riflettere su questo tema, chiedendoci se questo nostro operare non crei in conclusione una sorta di dipendenza basata sulla visione della donna come oggetto.

## ***Una coppia in casa: dinamiche e aspetti gestionali***

*L'esperienza della "Casa Iris" della Contina Cooperativa Sociale di Rosate (MI)*

Nella nostra esperienza di accoglienza dal 1998 ad oggi abbiamo incontrato sia coppie che sono giunte in Casa Alloggio già formate, sia relazioni affettive che si sono create in Casa Alloggio. Le due esperienze meritano una breve trattazione separata, perché sono differenti in alcuni aspetti (o almeno le abbiamo considerate e le consideriamo tali).

Premessa ovvia a questo racconto della nostra esperienza alla ricerca di buone prassi è la scelta operata dalla nostra Cooperativa e quindi anche dalla nostra Casa Alloggio di non impedire la nascita e lo sviluppo di relazioni affettive in comunità. Abbiamo infatti sempre ritenuto e ancora riteniamo che le relazioni sessuali ed affettive siano componenti imprescindibili della vita di ogni persona e che per questo motivo non si possa né si debba impedirle anche all'interno della vita comunitaria, se vogliamo che questa non rappresenti uno spazio-tempo così separato e distante dalla vita, ma possa costituire, anche nei suoi limiti e nelle sue inevitabili contraddizioni di pur se piccola "istituzione totale", una tensione costante a definirsi e praticarsi come possibile nuovo paradigma relazionale per le persone che la vivono, ospiti ed operatori che siano.

## **Accoglienza e accompagnamento di una coppia già formata**

Silvia e Francesco (questi e i nomi propri citati successivamente sono ovviamente di fantasia) erano i due partner di una coppia già formata durante l'accoglienza in una precedente Casa Alloggio, che si è e trasferita progressivamente nella nostra Casa in 2 fasi distinte: prima abbiamo accolto Francesco e successivamente anche Silvia dopo alcuni mesi di osservazione e di incontri anche di più giorni, tanto presso di noi che presso l'altra Casa Alloggio, concordati tra le Equipe delle 2 Case.

L'accoglienza in 2 fasi, condivisa con il Gruppo Operatori della Casa che li ospitava in precedenza ed in cui la loro coppia si era formata, ci ha permesso anzitutto di svolgere un inserimento graduale, e quindi più facilmente assorbito dal gruppo degli altri ospiti presenti, ed insieme di poter svolgere un'osservazione del comportamento individuale di almeno uno dei 2 partners. Il collegamento periodico con l'Equipe della loro Casa di provenienza, nonché le visite che gli ospiti si sono scambiati reciprocamente secondo un programma concordato via via tra i 2 Gruppi Operatori, ha facilitato l'inserimento, offrendo agli ospiti un periodo di adattamento graduale alla loro nuova situazione.

Gli aspetti positivi che abbiamo potuto osservare e custodire da questa esperienza sono stati:

- il riconoscimento di uno status da parte tanto degli operatori che degli ospiti della Casa: nessuno ha sindacato su alcuni privilegi concessi alla coppia (spazi e tempi di autonomia, vale a dire una camera dedicata e tempi altrettanto dedicati per la vita di coppia), che sono stati da tutte/i assunti come "normali", legittimi, pur in

una convivenza più allargata, in quanto da tutte/i riconosciuti come costitutivi delle relazioni di coppia

- l'incontro con dinamiche relazionali già in parte consolidate: l'aver a che fare con una coppia già formata, con le sue abitudini e i suoi ritmi, ha facilitato la relazione, in quanto ha posto tutte/i, operatori ed ospiti, di fronte a modalità relazionali già definite, che non è stato difficile integrare all'interno delle più generali dinamiche che si dipanano nella quotidianità della vita della Casa.

Gli aspetti invece più problematici che abbiamo sperimentato sono stati in parte speculari a quelli positivi sopra elencati:

- il dare per scontato una dinamica di coppia: il non aver potuto conoscere come si relazionano con gli altri i singoli partners, se non nei mesi in cui abbiamo ospitato solo Francesco, non ci ha permesso di valutare con più calma quali atteggiamenti mettere in atto per la loro accoglienza come coppia: abbiamo insomma preso il tutto "a scatola chiusa", riconoscendo - ma pensiamo non si potesse fare diversamente - fin da subito questo loro status con tutti i "benefit" che questo ha comportato (dalla camera fino all'appartamento di reinserimento); con il senno di poi, forse, avremmo potuto chiedere loro maggiori ragioni di alcuni loro comportamenti, che abbiamo preso forse troppo sotto gamba in nome della loro esperienza di coppia.
- l'impatto comunque non leggero della dinamica di coppia all'interno del gruppo degli ospiti, con l'inevitabile cambio di investimento affettivo e relazionale al ricostituirsi della coppia nella nostra Casa: ovviamente all'arrivo di Silvia il modo di relazionarsi di Francesco con gli altri ospiti si è modificato, con qualche scon-

quasso in alcuni legami più forti che nel frattempo si erano creati, e la stessa relazione di coppia ha portato necessariamente alla non sempre facile ridefinizione delle dinamiche relazionali all'interno della Casa.

### **Accompagnamento della creazione di una nuova coppia**

Sono state varie - almeno 3 - le esperienze di creazione di coppie che abbiamo visto nascere e con differenti passi accompagnato in questi anni. Lucia e Roberto si sono conosciuti ed innamorati in Casa Alloggio e da questa sono usciti come coppia in un appartamento a Rosate, lei continuando a frequentare come diurno la Casa e lui, bravo restauratore, assunto part-time nella nostra cooperativa di reinserimento, fino al tragico epilogo qualche mese dopo della morte di lui. Anna e Ivano si sono pure conosciuti in Casa e si sono a poco a poco affezionati l'una all'altro, alternando momenti di maggior intesa ad altri di momentanea separazione, senza giungere mai ad un investimento profondo che li portasse a chiedere di potersi sperimentare come coppia, se non in qualche sogno per il futuro, tipo cinema fantasy, dichiarato in qualche colloquio con gli operatori: una storia che non è mai decollata e che il trasferimento richiesto da Ivano in un'altra Casa Alloggio ha ulteriormente rallentato, se non chiuso. Tra Federica e Massimo è stato invece quasi un amore a prima vista: tempo 2 mesi dopo l'arrivo di lei in Casa, si sono innamorati e questo li ha portati ad isolarsi ancora di più dal resto del gruppo degli ospiti e a mettere in atto anche nei confronti degli operatori un atteggiamento oppositivo, ipercritico nei confronti di tutto quanto avveniva nella Casa. Anche

e soprattutto per questa loro modalità relazionale escludente ed esclusiva come Gruppo Operatori abbiamo deciso di non accogliere la loro richiesta di poter avere una camera in comune, ritenendo che questo li avrebbe ulteriormente isolati dal resto degli ospiti con tutte le conseguenze che si possono immaginare; questa nostra scelta ha portato al progressivo sfilacciarsi dei nostri rapporti con loro, fino a che Federica ha deciso di rientrare momentaneamente nella propria famiglia di origine e successivamente in un'altra casa Alloggio, dove spera di potersi ricongiungere con Massimo.

Pur nell'inevitabile e sana varietà di queste storie, assolutamente non sovrapponibili in buona parte del loro dipanarsi, gli aspetti positivi che abbiamo potuto osservare e custodire da queste esperienze sono stati:

- l'attivazione di risorse e di vitalità messa in atto negli ospiti coinvolti dal nascere di queste relazioni: non c'è nulla più dell'amore che sia capace di far ripartire la vita, di far emergere veramente chi siamo, con tutti i nostri limiti sicuramente ma anche con le tante risorse che molte volte non pensavamo più o mai di avere; la (ri)nascita degli affetti profondi ridinamizza soprattutto la prospettiva del futuro, aprendolo ad orizzonti prima inaspettati, fa scoppiare la voglia di vivere e di investire su se stessi e sugli altri anche in chi fino al giorno prima era avvitato in pensieri depressivi sull'oggi e sul domani
- l'effetto di stimolo positivo, di attivazione, che alcune di queste storie hanno avuto sull'intero gruppo degli ospiti: come non è difficile immaginare, la riattivazione dell'investimento dei singoli sulla propria vita presente e futura ha un impatto positivo sull'in-

tero gruppo, una volta fatta la tara con le eventuali gelosie e rippicche che scatenano; perché trasmette a tutti gli ospiti il forte messaggio che la tua vita non è già tutta scontata e definita, ma può essere positivamente ribaltata dall'imprevisto dell'incontro con l'altra/o, che ti porta necessariamente a ridefinirti e a ritornare a scommettere sulle tue risorse e capacità nella scrittura di un futuro altro rispetto all'orizzonte povero o privo di speranza, che ti immaginavi fino a qualche giorno prima.

Gli aspetti invece più problematici sono stati e sono rappresentati da:

- il rischio che si attivino dinamiche relazionali troppo esclusive ed escludenti nei confronti degli altri ospiti: l'innamoramento è un evento travolgente, a qualunque età, che ti ridefinisce nelle relazioni con gli altri e nelle priorità dei tuoi investimenti affettivi, e in esso la riscoperta di piacere e di provare piacere per la presenza di un altro/a può essere così totalizzante da mettere in secondo piano tutti i tuoi impegni e tutti i legami tessuti in precedenza; se questo è l'inevitabile e bel prezzo che un gruppo di convivenza, come quello di una Casa Alloggio, può accettare di pagare nella fase istituyente di una relazione affettiva, diventa complesso e talvolta pesante da gestire se continua ad essere posto come stile della relazione della coppia appena costituita, che subordina a se stessa tempi e modi della propria presenza in comunità
- le invidie e le gelosie che possono derivare all'interno del gruppo degli ospiti, inevitabili e talvolta acute dal fatto che possono avvenire in contemporanea plurimi innamoramenti tra gli ospiti, alcuni dei quali vengono corrisposti ed altri ovviamente stroncati sul nascere o prima che nascano. Abbiamo assistito a legami di

amicizia forti, saldati in anni di convivenza tra ospiti nella Casa, che sono saltati in un batti baleno per le dinamiche attivate dalle fasi di innamoramento e di iniziale costituzione di una nuova coppia, quando non dai possibili rimescolamenti anche di coppie già formate da poco o da tanto; ed è un bel dire, talvolta solo un bel dire, che le relazioni con gli operatori ed il supporto psicologico possono aiutare ad affrontare le contrapposizioni personali che su questo versante molto più che su altri si possono manifestare e radicare

- i conflitti che possono nascere con e talvolta nel Gruppo degli Operatori di fronte ad alcune richieste della coppia in costruzione, prima fra tutte quella di avere spazi e tempi dedicati per il rafforzamento e approfondimento del legame tra i nuovi partners, compresa la ineludibile dimensione sessuale: riconoscere agli ospiti queste possibilità significa infatti anzitutto riconoscere loro una forte soggettività, che li toglie finalmente dal ruolo di semplici “assistiti” accompagnati e sostenuti nei loro bisogni, accolti come legittimi, e li proietta più che con altre esperienze nel ruolo di persone portatrici anche di diritti, oltre che di doveri verso se stessi ed il gruppo, diritti che devono essere considerati come componenti fondamentali della loro dignità di persone e non come favori dispensabili in base alle situazioni e/o alle inevitabili preferenze; se a questo si aggiungono le possibili differenze di pensiero e di posizione che possono emergere tra gli operatori della stessa Casa nei confronti dell’espressione della sessualità, ce n’è da interrogarsi e confrontarsi per trovare posizioni condivise che siano rispettose della libertà e della dignità di tutti gli ospiti e degli operatori stessi.

Da questa piccola esperienza possiamo forse provare a distillare allora alcune “buone prassi” che abbiamo imparato sul campo e che, senza pretendere assolutamente che assurgano a punti di riferimento assoluti per noi e per gli altri, possiamo offrire alle altre Case, tanto a quelle che accettano che al loro interno si possano formare coppie, perché possano confrontarle con le loro pratiche, tanto a quelle che non lo permettono, perché magari possano rimotivare o rivedere (perché no ?) questa loro scelta.

- 1) Anzitutto, la sospensione del giudizio, quanto mai necessaria in queste situazioni: e sospensione non solo del giudizio morale - palude in cui ci si può facilmente impantanare -, ma anche di quello di opportunità: quali criteri abbiamo per poter legittimare o meno il nascere e lo svilupparsi di una relazione affettiva tra ospiti, se non nell’operare ogni volta un complesso discernimento, che non può comunque prescindere dal rispetto della libera volontà degli ospiti coinvolti ?
- 2) La disponibilità da parte di noi Operatori al cambiamento, a ridefinire modalità relazionali e progettualità anche da poco costruite e condivise, all’irrompere dell’imprevisto delle relazioni affettive: ognuna di queste, infatti, squaderna quasi sempre le sottili e delicate costruzioni di accompagnamento che abbiamo spesso faticosamente realizzato in mesi, quando non in anni, di relazione con questo o quell’ospite, ne altera inevitabilmente il precario equilibrio, ci chiede la capacità di saper attendere, osservando quanto avviene senza darne frettolose e precostituite interpretazioni, così come la paziente fatica di ricostruire in molti

casi la relazione di aiuto su nuove basi, assolutamente imprevisse ed imprevedibili

- 3) La difficile arte di tenere insieme, per quanto possibile, le esigenze della nuova coppia con quelle dell'intero gruppo degli ospiti, che possono apparire in alcune circostanze così confliggenti da sembrare inconciliabili: una possibile strada può essere rappresentata dalla capacità di non far prevalere d'ufficio nessuna delle due legittime posizioni, ma di provare a capire insieme, anche con gli ospiti ovviamente, quali possono essere i pro e i contro delle differenti situazioni, perché questo confronto, pur se complesso e non sempre pacifico, diventi una nuova e significativa occasione di crescita per l'intero gruppo.

149

Sono sfide queste, che vale la pena accettare e rischiare, se vogliamo continuare ad accompagnare e sostenere le “relazioni vitali” dei nostri ospiti, come citava il titolo del bel Seminario di Ancona 2013. E se siamo convinti che anche attraverso queste esperienze possiamo contribuire a rivitalizzare l'intero ordito relazionale, complesso e delicato, che si costruisce e si ricostruisce ogni giorno nella quotidianità delle nostre Case.

## ***L'Approccio della Casa Famiglia "VILLA DEL PINO",***

*Monte Porzio Catone (ROMA)*

Il primo interrogativo affrontato durante l'incontro degli operatori di Villa del Pino è stato se, nelle dinamiche della Casa Famiglia e più precisamente durante le riunioni di Equipe, viene affrontato il tema dell'affettività e della sessualità degli ospiti. La prima considerazione emersa è stata che, seppur mai nato da discorsi preventivamente ragionati, il tema dell'affettività e sessualità degli ospiti è sempre emerso, quasi non si ricorda un periodo senza discussioni su questo tema. Risulta, però, che è sempre stato un tema indotto da episodi avvenuti, da dinamiche e relazioni agite dagli ospiti: quindi solo dopo che si sono verificati i fatti si affronta il tema, non prima in forma preventiva.

150

A ciò va aggiunto che, nel corso degli anni, il tema dell'affettività e della sessualità non ha solo riguardato l'ospite e le sue dinamiche, ma anche relazioni ospite/operatore ed ospite/volontario. Quindi si interviene sull'effetto non affrontando specificamente quelle che possono essere le cause che lo determinano.

Altrettanto difficoltoso appare comprendere e predisporre idonee strategie atte a prevenire episodi come quelli enunciati, se non imparare a leggere i segnali comportamentali ed umorali che l'ospite lancia a familiari ed operatori, generalmente i loro principali referenti non avendo una significativa rete di relazioni. Tra gli operatori emerge la consapevolezza che il problema emerso si affronta dalla prospettiva della Casa Famiglia, non da quella dell'ospite, non si analizza infatti quale valenza assumano per l'ospite la relazione

oppure cosa emotivamente provi in quel momento. In questi casi l'Equipe assume una netta e condivisa presa di posizione, all'interno della quale emergono due aspetti ben definiti: l'accettazione e l'accompagnamento.

Riguardo a ciò si tenga ben presente e salda l'identità religiosa della struttura, guidata da una congregazione, che mai ha precluso l'ingresso o posto veti ad ospiti gay o transessuali.

La storia di Villa del Pino insegna che si è sempre avuta una totale apertura ed una notevole accettazione dell'ospite in quanto persona, non si è mai analizzata prima la sua storia o la sua identità sessuale per deciderne l'ingresso o confermare il ruolo della Casa Famiglia nel processo di aiuto; è in questo frangente che va sottolineato il tema del grande rispetto nei confronti dell'ospite e del suo vissuto, senza indagare cosa c'è dietro la persona e quale agiti porta con se nell'ingresso a Villa del Pino. Mai sono stati dati giudizi di immoralità nei confronti degli ospiti, non significando ciò che ne sia sprovvista la Casa Famiglia. Di contro è proprio l'alta moralità presente che permette di lavorare ed agire in questa maniera corretta. Infatti nel corso degli anni gli ospiti hanno chiesto, in maniera più o meno esplicita, se fossimo stati pronti ad accettare i loro comportamenti non omologati e non codificati. La risposta della Casa è stata non solo di accettazione ma anche di accompagnamento, in storie e relazioni più o meno complicate. Viene da pensare quanto non è stato detto da parte degli ospiti o quanto non si è saputo cogliere, come per esempio ospitare il partner in Casa Famiglia o essere accompagnati a soddisfare bisogni sessuali.

In tutto questo ha avuto un ruolo di fondamentale importanza la

comprensione, da parte dell'Equipe, della tollerabilità della situazione che viene a crearsi da parte dell'ospite, intesa come sua capacità di sopportare il peso della relazione che la maggior parte delle volte non sa e non può giudicare. Ciò che gli sta per accadere, quelli che potrebbero esserne gli effetti, sono a lui sconosciuti, il più delle volte non li prende nemmeno in considerazione.

Sulle loro relazioni il più delle volte gli ospiti scelgono autonomamente una sola persona con la quale parlarne, solitamente un operatore, quasi fosse una confessione che genera l'obbligo del rispetto della riservatezza. Non vogliono se ne parli liberamente, preferiscono il confronto diretto con il minor numero di persone possibili. Altrimenti la relazione si tiene segreta, vivendola in clandestinità.

152

#### POESIA

*Da quando sei andata via  
questa vita è un'apatia.*

*T'ho conosciuta in primavera  
una fredda e buia sera*

*tutti rossi e affannati*

*per la prima volta ci siam toccati*

*in quella oscura strada alberata*

*la mia vita è cominciata.*

*È passato poi del tempo  
e non ero molto contento*

*e così ti ho ricercata*

*ma ho fatto una stronzata*

*così mi son fregato*

*ed ho tutto sbagliato.*

*Ora qui in questo momento  
faccio il mio giuramento*

*non c'è sesso senza amore*

*ma soltanto un gran dolore*

*non odiarmi per favore*

*stammi accanto o mio Signore.*

*Vivo con il sol ricordo*

*di incontrarti ancora un giorno*

*sulla strada del ritorno*

*e trovare un giorno o l'altro*

*solo affetto tanto tanto.*

Marco - Alex - Pietro

## ***L'esperienza della Casa Famiglia***

***S. Antonio Abate di Sassari***

*intervista a Pinuccio Cannas, Responsabile della Casa*

### **Si discute di “affettività e sessualità” degli ospiti nelle riunioni di Equipe?**

Il tema dell' affettività e della sessualità viene affrontato all' interno delle nostre riunioni di Equipe soprattutto in concomitanza col verificarsi di particolari episodi riconducibili appunto agli argomenti in questione. Tali tematiche vengono approfondite sviscerando di volta in volta i singoli casi, valutando l' agire o il sentire individuale, utilizzando sostanzialmente un approccio di natura circostanziale più che concettuale o “teorico”, finalizzato alla ricerca di soluzioni e strategie volte al contenimento di dinamiche ritenute problematiche o comunque “rilevanti” per quel che concerne la vita relazionale della Casa.

153

### **Secondo la filosofia, la formazione e l'appartenenza valoriale della casa, quali esperienze in questo ambito sono “ammesse” e quali “non approvate”?**

La nostra Casa mal tollera il verificarsi di situazioni che possano portare ad una destabilizzazione degli equilibri emotivo-relazionali. Nello specifico si tende a scoraggiare all'interno della struttura, il costituirsi di coppie etero-omosessuali con annessi, espliciti comportamenti di natura sessuale. Vengono accettate invece quelle “relazioni” di natura sessuale che si sviluppano in contesti esterni alla Casa, previa raccomandazioni nei confronti dei nostri ospiti, in riferimento all'assunzione di una condotta responsabile.

Vengono inoltre respinti ed aborriti tutti quegli atteggiamenti particolarmente aggressivi o violenti, considerati lontani da una visione dell'affettività che sia funzionale al mantenimento di determinati equilibri.

**Gli ospiti, rispetto all'affettività e alla sessualità, cosa chiedono, cosa vorrebbero che la casa facesse?**

Abbiamo riscontrato nei nostri ospiti una certa difficoltà a discernere in maniera adeguata le tematiche relative all'affettività ed alla sessualità. Soprattutto in riferimento al primo aspetto emerge un quadro piuttosto confuso riguardo a ciò che i nostri ragazzi vorrebbero che la casa facesse. Ciò nasce sicuramente da una scarsa presa di coscienza rispetto a quelli che sono i propri vissuti emotivi, con conseguente disagio nell'esplicitarli. Riguardo poi alla sfera della sessualità, se da una parte emerge una certa rassegnazione e/o frustrazione riconducibile all'impossibilità spesso di poter condurre una vita sessuale attiva, dall'altra emergono richieste più o meno esplicite in riferimento al desiderio di poter avere rapporti sessuali.

154

**Quali risposte ha dato la casa alle necessità/richieste relativamente a questi temi (vi sono dispositivi organizzativi e/o logistici come risposta agli ospiti)?**

La casa risponde alle necessità dei propri ospiti esaminando caso per caso e valutando di volta in volta eventuali ripercussioni sulle dinamiche relazionali della casa. Nei casi di richiesta esplicita, qualora cioè venga manifestato il desiderio di poter avere rapporti

sessuali in contesti legati alla prostituzione, la Casa declina l'assunzione di un ruolo attivo nell' "accompagnamento" dei propri ospiti. L'ospite indipendente, dal punto di vista delle proprie capacità fisiche e mentali, può però "provvedere" in maniera autonoma al soddisfacimento di tali necessità. Laddove questo non sia possibile, per evidenti difficoltà di natura fisica, o quant'altro, si rimanda la questione ad un' eventuale presa in carico della famiglia e/o rete parentale-amicale.

**Nei percorsi formativi della Equipe, promossi dall'ente di appartenenza o da organizzazioni esterne, è stato centrato il tema dell'affettività e della sessualità? In che modo?**

Per quanto riguarda il gruppo degli operatori 'anziani' il tema è stato sviluppato a più riprese soprattutto in supervisione ma sempre legato a casi specifici. Alcuni degli operatori hanno partecipato ad un corso sulla sessualità che riguardava però l'approccio personale. Abbiamo svolto in questi anni anche un seminario sulle 'Differenze di Genere' dove però i temi dell'affettività e sessualità risultavano marginali.

## GLI AUTORI

***Battistini Maddalena***

Operatrice Casa Vittoria, Firenze

***Grosso Leopoldo***

Psicologo e Vice-Presidente del Gruppo Abele di Torino

***Lombardi Satriani***

***Luigi Maria***

Antropologo, Docente universitario

***Nicolini Laura Ambra***

Responsabile Sanitario delle Case Alloggio La Palma e Il Mandorlo della Fondazione Auxilium di Genova. Collabora con la Clinica di Malattie Infettive dell'IRCCS San Martino-Ist di Genova

156

***Rancilio Laura***

Medico e Responsabile dell'area AIDS e dipendenze della Caritas Ambrosiana di Milano

***Taddeo Giuseppe***

Psicologo consulente presso la Casa Famiglia Villa del Pino di Monteporzio Catone (Roma)

***Uguccione Désirée***

Consulente in Sessuologia - Uro-Gine-Procto-sessuologica

***Virgili Rosanna***

Biblista, docente di Egesi presso l'Istituto Teologico Marchigiano



**C.I.C.A.**

COORDINAMENTO ITALIANO DELLE CASE  
ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV/AIDS

*Il COORDINAMENTO ITALIANO DELLE CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV/AIDS (C.I.C.A.) è un'Associazione di promozione sociale che ha lo scopo di riunire, coordinare e rappresentare, nei rapporti con gli organismi territoriali, nazionali e internazionali, le strutture di accoglienza rivolte a persone con HIV/AIDS, comunemente chiamate "Case Alloggio", "Appartamenti", "Centri diurni per persone con HIV/AIDS", presenti in Italia. Per migliorare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria prestata, l'operare di quanti si riconoscono nel C.I.C.A. si fonda su condivisione e solidarietà, per il superamento dei diversi problemi individuali e sociali delle persone con HIV/AIDS, nel pieno rispetto della loro dimensione umana, promuovendone il protagonismo e la piena partecipazione alla vita sociale e civile. I principi e linee di fondo sono contenuti nel documento denominato "Carta di Sasso Marconi".*

**La presente pubblicazione contiene alcune delle relazioni presentate nei Seminari nazionali C.I.C.A. 2012 Magione (Perugia) - C.I.C.A. 2013 (Ancona) oltre a contributi originali.**

***La presente pubblicazione è stata finanziata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all'interno del progetto "CICA In-Forma". Percorsi formativi nazionali e territoriali per operatori e ospiti delle Case Alloggio per persone con infezione da HIV/AIDS, ai sensi dell'art.12, c3, lett. d) /f), legge n. 383/2000 - Linee di indirizzo 2013.***